

Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков, Н. П. Блаженкова, А. А. Урбанович

ПРОФИЛАКТИКА ЮНОШЕСКОГО СУИЦИДА

Пособие для педагогов-психологов, педагогов социальных учреждений
общего среднего образования, социально-педагогических учреждений

первое издание

Минск
2013

Рецензенты:

Янчук В. А., декан факультета психологии, воспитания и социальной работы ГУО «Академия последипломного образования» доктор психологических наук, профессор

Давидовская В. М., педагог-психолог ГУО «Средняя школа № 89 г. Минска»

Бутрим, Г. А., Колмаков, А. А. и др. Профилактика юношеского суицида: пособие / Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков, Н. П. Блаженкова, А. А. Урбанович. – Минск : «Пачатковая школа», 2012. – ____ с.

В пособии в социально-психологическом контексте представлен обобщенный и систематизированный материал по теоретико-прикладным аспектам современной суицидологии. Раскрывается эволюция взглядов, концептуальных подходов в исследовании проблемы суицида и его профилактики, дается анализ современных моделей рассмотрения и решения данной проблемы. Серьезное внимание уделяется анализу факторной основы суицидального поведения, динамике развития суицидальных тенденций у подростков и юношей (девушек). Предлагается авторская модель организации профилактики суицидального поведения в учреждениях образования.

Предназначено для педагогов-психологов, педагогов социальных учреждений общего среднего, среднего специального и высшего образования, социально-педагогических учреждений. Может быть полезно студентам и аспирантам психолого-педагогического профиля, специалистам по социальной работе и всем, кто интересуется проблемами прикладной психологии.

© Бутрим Г. А., 2013
© _____, 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Глава I. Методологический анализ проблемы суицидального поведения.

- 1.1. Суицидальное поведение в культурно-историческом аспекте. Историко-методологический анализ проблемы суицидального поведения.
- 1.2. Современные теоретические модели суицидального поведения.
- 1.3. Соотношение нормы и патологии в психологическом содержании суицидального поведения.

Глава II. Суицид как социально-психологическая проблема

- 2.1. Социально-психологические факторы суицидального поведения молодых людей.
- 2.2. Личностная обусловленность суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте.
- 2.3. Динамическая характеристика формирования и развития суицидальной тенденции. Признаки суицидального риска у молодых людей.

Глава III. Профилактика суицидального поведения учащихся в учреждениях образования

- 3.1. Состояние суицидальной активности и ее профилактика среди учащейся молодежи в Республике Беларусь.
- 3.2. Методология и методы предупреждения суицидоопасного развития кризисных состояний у подростков и юношей (девушек).
- 3.3 Организация профилактики суицидального поведения в учреждении образования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ГЛОССАРИЙ

ПРИЛОЖЕНИЯ

«Неожиданные «внезапности» являются таковыми только по недосмотру или по непривычке видеть и наблюдать психологию в лицах и событиях. ... Все, т.н. «глубокие тайны» готовятся и зреют на виду у всех; предусмотреть их возможно; научиться видеть должно».

И. А. Сикорский. Психологическая борьба с самоубийствами в юные годы. – Киев, 1913.

ВВЕДЕНИЕ

Самоубийство как явление социальной жизни и как индивидуальный акт, по мнению исследователей, является сугубо антропологическим и относится к разряду феноменов. Данный феномен человеческого поведения своей противоестественной для всего живого природой уже около двух столетий находится в ряду актуальных проблем человечества. В начале XX столетия во многих развитых странах самоубийство приобрело масштабы социального явления, поэтому видный русский психиатр И. А. Сикорский назвал суицидальное поведение «болезнью века», а известный русский правовед А. Ф. Кони заметил, что самоубийство стало превращаться «в недуг, все более и более надвигающийся на людское общежитие». Справедливость этих слов подтвердилась после второй мировой войны, когда рост суицидальных показателей обнаружился в большинстве промышленно развитых стран. На сегодняшний день в ряде стран в связи с неуклонным ростом удельного веса среди причин смерти трудоспособного населения суицидальное поведение заняло одно из ведущих мест.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно на Земле более одного миллиона человек в мире погибают из-за суицидов. Каждые 40 секунд в мире совершается самоубийство, а каждые 3 секунды кто-то предпринимает суицидальную попытку. Самоубийства занимают восьмое место в мире в списке причин смерти и первое место среди насильственных смертей. В некоторых европейских странах суицид среди причин смерти молодых людей занимает 2 – 3 место. Примерно в 10-20 раз большее количество людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире, 12% после неудавшейся попытки суицида в течение двух лет повторяют ее и достигают желаемого, а 80% покончивших с собой, пытались сделать это в прошлом, по крайней мере, однажды. По прогнозам ученых-суицидологов, к 2020 году число самоубийств в мире возрастёт в полтора раза, и составит более 1,5 млн человек. В связи с этим ВОЗ объявила 10 сентября Всемирным днем предотвращения самоубийств и разработала руководящие принципы подготовки национальных стратегий по

предотвращению самоубийств, которые могут послужить основой для национальных программ.

На сегодняшний день частота самоубийств и уровень темпов роста их количества в мире являются наибольшими среди лиц трудоспособного возраста. Суициды и суицидальные попытки причиняет как обществу в целом, так и отдельным гражданам огромный материальный и нравственный ущерб. Печальная статистика ВОЗ отмечает, что в окружении каждого человека, покончившего с собой, в среднем остается 6 человек, для которых его самоубийство является тяжелой душевной травмой.

Проблема суицида для Республики Беларусь, к сожалению, весьма актуальна. Беларусь относится к странам с высоким уровнем самоубийств. По критериям ВОЗ высоким считается показатель, превышающий 13 случаев суицида на 100 тыс. населения. Уровень суицидов в Республике Беларусь в 2009 г. составил 2743 суицида (28,3 на 100 тыс. населения). В 2010 году наметилась тенденция к снижению (2474 случая, 26,1 на 100 тыс. населения), но и этот уровень продолжает оставаться высоким.

Количество самоубийств не в полной мере отражает истинную картину суицидальной активности населения. К данному показателю по праву можно отнести тех людей, которые пытались покончить с собой. Например, в 2008 году в нашей стране было зарегистрировано 6729 попыток самоубийства, в 2009 году – 7817, в 2010 – 7707 случаев (79,6 случая на 100.000 населения). Наряду с этим, не секрет, что много случаев смерти часто не удается точно классифицировать. Например, никогда нельзя точно утверждать, какая часть автомобильных аварий, утоплений, падений с высоты, отравлений наркотиками и алкоголем являются преднамеренными, а какая – несчастными случаями. Это же касается суицидальных попыток, – их реальное число по сравнению со статистикой скорой помощи и больниц существенно различается, поскольку многие случаи остаются без внимания или скрываются, в особенности молодыми людьми.

На сегодняшний день суицидальное поведение представляет собой серьезную проблему общественного здоровья, требующую постоянного внимания. Это, в частности, подчеркивается в Национальной программе демографической безопасности Республики Беларусь на 2011-2015 г. г., предусматривающей в качестве задач укрепление физического и психического здоровья, а также снижение общей смертности населения, особенно по *предотвратимым* причинам.

Долгое время монополия в научной разработке суицидальной проблематики принадлежала психиатрии, а суицидальный акт относили исключительно к компетенции психиатров. Необоснованность отнесения самоубийства только к сфере психиатрии доказывалась еще в конце XIX – начале XX столетий (Бернацкий В.А., 1911; Бехтерев В.М., 1912; Острогорский А.Н., 1893; Сикорский И.А., 1911 и др.). Данные авторы отмечали, что самоубийство – проблема в большей степени психологическая и социальная либо нравственная, нежели клиническая. Многочисленные

последующие исследования в разных странах многократно подтверждали эту научную позицию.

С философской точки зрения самоубийство является чисто человеческим, сознательным, поведенческим актом, поэтому было бы наивно думать, что настанет когда-нибудь время без конфликтов, разочарований, трагедий, толкающих людей к суициду. Хотя и признается, что самоубийство, также как болезни, старость, смерть, будут всегда, но это не означает, что не нужно стремиться к максимальному снижению их числа. На основе проведенного анализа еще в 2001 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала следующие выводы:

- самоубийство – это одна из самых важных проблем общественного здоровья, вызывающая огромные социальные затраты и страдания человека, семьи и общества;

- самоубийство можно предотвратить;

- превенция самоубийств должна носить всесторонний и междисциплинарный характер, затрагивать различные стороны жизни человека и сферы общества;

- необходимо развивать национальные стратегии и политику относительно специфических проблем, а также культурных традиций, системы ценностей и социальных структур в каждой отдельной стране.

Важность изучения проблемы суицида и попыток практически ее решить не подлежит сомнению, прежде всего потому, что речь идет о жизни и здоровье людей. Целенаправленное и систематизированное изучение феномена самоубийства, а также разработка эффективной системы профилактики, относятся к междисциплинарным областям и ставят целый ряд вопросов теоретического, прикладного и организационного характера.

ГЛАВА I. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Суицид как феномен человеческого поведения, имеет неоднозначное понимание и в обыденном, и в научно-теоретическом сознании с древних времен вплоть до наших дней. Такое состояние в исследовании и объяснении суицидального поведения обусловлено, *во-первых*, необходимостью всестороннего изучения его причин и условий формирования, отвечающих как научным критериям полноты и целостности описания, так и тем обстоятельством, что создание эффективной системы профилактики самоубийств возможно лишь на основе знаний основных (ведущих) факторов и их взаимосвязи; *во-вторых*, заманчивой для ученых идеей нахождения первопричины, детерминирующей развитие процессов, формирующих этот феномен.

Между тем, давно известно, что суицидальное поведение как явление не может быть понято или объяснено в рамках каких-то однозначных

представлений. Это – сложная междисциплинарная проблема, имеющая множество ракурсов: от культурных и философско-этических до генетико-биологических, включая многоуровневые социально-психологические аспекты.

1.1 Суицидальное поведение в культурно-историческом аспекте. Историко-методологический анализ проблемы суицидального поведения.

Суицид в том или ином виде имел место в жизни людей на протяжении всей истории человечества и в своей психологической основе представлен весьма широким спектром мотивов: от потребностей выживания рода до гипертрофированного проявления экстатического восторга. Диалектическая сущность всего живого предопределяет наличие не только созидательных, конструктивных сил в человеке, но и проявление противоположного свойства. Задолго до возникновения суицидологии как междисциплинарной научной отрасли самоубийство изучалось философами, на него обращали внимание историки, летописцы.

Ретроспективный анализ источников, посвященных проблеме самоубийства, показывает, что с древних времен и до наших дней наблюдается постепенное расхождение полюсов в осмыслении суицидального поведения. На одном полюсе представления о том, что это акт свободного волеизъявления личности либо фатальная неизбежность, на другом – поступки, в основной массе своей противоречащие не только божественной или гуманистической, но и природной сути существования человечества, обусловленные ситуативным изменением сознания. Таким образом, в понимании генезиса и смысла самоубийства в контексте сугубо человеческого поведения и социального явления немаловажное значение представляет культурно-исторический аспект.

Отношение к суициду у различных народов в разные времена неоднозначно. В определенные периоды самоубийства у некоторых народов рассматривались как социальная норма. Но развитие самосознания человека в филогенезе и культуры человечества, наряду с углублением осознания психологической сущности этого явления, обостряло и проблему суицида с точки зрения, прежде всего, гуманистической морали.

Исторические исследования целого ряда авторов показывает, что самоубийство являлось традиционной моделью поведения во многих регионах и культурах древнего мира. Суициды частично одобрялись в примитивных культурах, культуре Древней Индии, а также в греко-римской культуре. Речь идет о самоубийстве как социальном императиве. Там, где условия существования были особенно суровы (голод, холод), самоубийство становилось нормой поведения, а позднее, обычаем и культовым ритуалом. Самоубийство у некоторых народов древности считалось естественным способом достойной смерти.

В доисторические времена, как правило, добровольно уходили из жизни старики и калеки, не желавшие обременять соплеменников. Престарелые вестготы бросались с особой Скалы предков. Старики греческого острова Кеос украшали головы венками, устраивали праздник и в конце его пили цикуту (распространенный в античные времена яд). Старые немощные японцы требовали, чтобы их погребли заживо или унесли умирать в горы (название японской горы Обасутэяма буквально переводится как «гора, где оставляют бабушек»). Эскимосы, чувствуя приближение старости, уходили замерзнуть в тундру. В древней Скандинавии существовал обычай, в соответствии с которым старики, не дожидаясь естественной смерти, бросались с высоких утесов в море, считая, что добровольный уход из жизни предпочтительнее перспективы быть обузой для сородичей и смерти от старческого одряхления.

С зарождением религий и религиозных культов у некоторых народов самоубийство приобрело значение духовного ритуала. У древних майя были распространены ритуальные самоубийства, которые приравнивались к принесению себя в жертву богам. В древней Индии религиозные воззрения также одобряли самоубийство. В эпоху ведизма культивировалась идея сансары – непрерывного потока смертей и рождений в новом теле. Древнеиндийские брамины считали, что своевременный уход из жизни, – это составная часть искусства сансары, – искусства возрождения в новом, более благородном, высоком и прекрасном теле. Считалось, что того, кто вовремя уходит из жизни и сам может определить ее предел, можно считать истинным мудрецом.

Несколько позднее ведизма в Индии сложился буддизм. Как и любая религия, буддизм содержал в своей основе идею о спасении. Достижение этого спасения возможно только через состояние нирваны. Прекращение жизни в нирване – это особая форма самоубийства, несущая смысл «растворения» в окружающем мире и обрыв сансары. Во времена походов Александра Великого философские воззрения древнеиндийских мудрецов стали доступными для древнегреческих философов.

Согласно одному из древнеиндийских законов, когда отец семейства поседет и дождется рождения внуков, он должен удалиться в лес, но если там смерть не настигает его, то он может ускорить ее приближение посредством самоубийства. При этом, в буддизме считается, что только для престарелого человека возможно безопасное для кармы лишение себя жизни. Другим примером может служить самоубийство жены умершего супруга. Оно осуществлялось путем самосожжения (сати) и мотивировалось надеждой на счастливую вечную жизнь с мужем в ином мире в противовес реальной перспективе бесправного унижительного существования в оставляемом мире.

У некоторых народов самоубийство было возведено в ранг искусства. Этому обучали с детства. С древних времен в другой азиатской культуре, Японии, имела распространение традиция самоубийства как проявление верности своей любви (синьжу). Влюбленные молодые люди, не имеющие

возможности обрести счастье в этой жизни (несогласие родителей, материальное неблагополучие), надеялись на совместную блаженную жизнь в ином мире. Самоубийцы рассчитывали на милосердие богини Амиды, сострадательной ко всем несчастным, и самоубийства такого рода не осуждалось окружающими.

В средневековой Японии суицид был окружен ореолом святости и носил ритуальный характер. Самоубийство самурая (японского дворянина) не только не запрещалось, но и, напротив, поощрялось как ритуал под названием *сэнпуку* (*харакири* – синоним, применяемый в обыденном разговорном языке), совершаемый по приговору, как наказание, либо добровольно, в тех случаях, когда была затронута честь, в знак верности своему сюзеру. Другим примером социально одобряемого ритуала в средневековой Японии являлось публичное лишение себя жизни, когда религиозные фанатики выплывали на середину реки и, распевая гимны своим божествам, пробивали днища лодок. Зрители в это время возносили их добродетели до небес и просили благословить себя, прежде чем те скроются под водой. Имена этих людей передавали из поколения в поколение, а их жизнь превращалась в легенду.

Запрета на самоубийство не было в большинстве древних язычеств. У многих народов Северной Европы самоубийство являлось обычным явлением. Их религиозные воззрения не только не препятствовали добровольному уходу из жизни в особых обстоятельствах, но и поощряли подобное поведение. Религия кельтов, учившая, что человеческая душа бессмертна и способна к переселению, поощряла самоубийство в тех случаях, когда свободе угрожала опасность. В царство верховного божества германцев Одина попадали только самоотверженные воины, погибшие в бою. Женщины не допускались в это царство, за исключением жен, добровольно лишивших себя жизни после смерти мужей. Датчане, готы, фракийцы, герулы были уверены, что люди, умирающие естественной смертью, обречены вечно гнить в пещерах, заполненных ядовитыми животными, и создавали легенды о страданиях людей, умерших от старости, а не погибших во время битвы или не прервавших свою жизнь самостоятельно.

Совершенно отличными от архаичных верований и первобытного жестокого прагматизма были взгляды на самоубийство античных мыслителей. Впервые проблема сознательного прекращения человеком собственной жизни подверглась серьезному осмыслению философами Древней Греции. В культуре, в частности в философии и искусстве, Древней Греции, с характерным для нее вниманием к человеческой личности, самоанализу, поиску смысла человеческого существования и всего окружающего мира, самоубийство представляло собой альтернативу естественному пониманию жизни и бытия человека. Стремлением познать границы возможностей человека и его силы над Природой можно объяснить наивный максимализм древнегреческих философов.

Право человека на добровольный уход из жизни отстаивали многие мудрецы античности: Сократ (ок. 469 – 399 г.г. до н. э.), Эпикур (ок. 342 – ок. 271 г.г. до н. э.) и его единомышленники, философы-стоики. Представителям школы стоиков принадлежит утверждение, что для мудреца жить по велениям природы – значит вовремя отказаться от жизни, даже в расцвете сил; для глупца же естественно цепляться за жизнь любой ценой, лишь бы соответствовать законам дикой природы. Почитаемый стоиками, Гегесий Александрийский (ок. 320 – ок. 280 г.г. до н. э.), автор книги «Смерть посредством голодания», говорил, что все, что касается нашей смерти или нашей жизни, должно зависеть только от нас. Ему принадлежали слова: «Глупому полезнее жить, а мудрецу – умереть». Он так красноречиво доказывал бедственность жизни и утешительность смерти, что его прозвали «учитель смерти».

Стоики называли решение уйти из жизни «разумным выходом». Единственный вопрос, по которому возникали споры, это: какие причины следует считать достаточно вескими, чтобы заставить человека принять решение лишиться себя жизни. Примером подобной «разумности» является один из наиболее известных представителей стоицизма Зенон (ок. 490 – ок. 430 г.г. до н. э.), который в пожилом возрасте споткнулся, сломал на ноге палец и, восприняв это как зов земли, покончил с собой.

Антагонисты стоиков – эпикурейцы, в отличие от первых, ставили во главу своего учения гедонистический принцип. Человек прекрасен, если наслаждается жизнью. Он должен относиться к своей жизни и судьбе весело и легкомысленно. Если жизнь перестает приносить удовольствие и перестает быть прекрасной, то от нее нужно легко отказаться. Самоубийство для эпикурейца являлось своеобразным запасным выходом из проблемной жизненной ситуации. Либо жизнь без печалей, либо счастливая смерть.

Во времена Клеопатры (69 – 30 г.г. до н. э.) самоубийство было распространенным явлением в Египте. Клеопатре приписывают образование особого клуба под названием «синапотануменон», в котором состояли многие представители знати и богемы, желающие лишиться себя жизни. Самоубийство Антония и Клеопатры члены клуба считали образцом и обсуждали, главным образом, самые легкие и приятные способы лишения себя жизни.

Идея самоубийства как способа перехода в иной, лучший мир была распространена в Европе и в период раннего христианства. В первые века своего существования тогда еще гонимое христианство относилось к суициду терпимо, а к альтруистическому самоубийству (самопожертвованию) во имя веры с благоговением. В более поздние времена право человека на добровольный уход из жизни отстаивали философы нового времени М. Монтень (1533 – 1592 г. г.), Дж. Донн (1572 – 1631 г. г.), Д. Юм (1711 – 1776 г. г.), Ж.-Ж. Руссо (1712 – 1778 г. г.), Вольтер (1694 – 1778 г. г.), Ш.-Л. Монтескье (1689 – 1755 г. г.), Ж.-П. Сартр (1905 – 1980 г. г.), А. Камю (1913 – 1960 г. г.) и др. Они писали о том, что раз уж

человек не властен над собственной жизнью, то, по крайней мере, он имеет власть над смертью и может закончить свое существование осмысленно и достойно. Мишелю Монтеню принадлежат слова: «Жизнь зависит от воли других, смерть же зависит только от нас». Другой французский философ Жан-Поль Сартр отмечал, что «отличие человека от животного состоит в том, что человек может покончить жизнь самоубийством». Однако у французских философов-материалистов и атеистов XVIII-XX веков, отстаивание права на самоубийство являлось частью утверждения философией «естественного права» человека, освобождающегося от жесткой регламентации религиозного мировоззрения.

Между тем, практически все мудрецы, возносившие идею допустимости самовольного ухода из жизни, приходили к выводу, что не любое самоубийство является разумным, а только то, в котором будет существовать какой-то достойный смысл. Оценка суицидального акта касалась не столько понимания причин этого явления, сколько отношения к возможности добровольного ухода из жизни со стороны общества, санкционирования его с точки зрения закона или представлений морали. В целом, в древности далеко не однозначно оценивали самоубийство. Таким образом, уже в античные времена предпринимались попытки рассматривать самоубийство как неоднородное по мотивации явление. Именно поэтому уже в древности складывалась тенденция к разведению понятий «самопожертвование», «вынужденная смерть» и «самоубийство».

В развивающихся государствах древнего мира укреплялись и стабилизировались социальные связи и институты, общественные интересы требовали все большей регламентации, регуляции и нормирования жизнедеятельности населения и частной свободы, формировалась система духовных, нравственных и этических ценностей, в которых жизнь человека приравнивалась к величайшей ценности. Уже в ранних сообществах институтами власти предпринимались попытки регулировать или вообще запрещать акты самоуничтожения. В зарождающихся цивилизациях конкретизировалось также отношение к людям, решившимся самовольно уйти из жизни.

Отношение к самоубийству в истории древних и более поздних культур и государств определялось не столько религиозными установками и взглядами тех или иных философов, сколько регламентировалось законодательством. Так, в Древней Греции и в Древнем Риме государственная власть пыталась установить, в каких случаях правомерно и допустимо человеку лишать себя жизни. Например, в городах Древней Греции имелись особые запасы яда (цикуты) для тех, кто желал уйти из жизни и мог обосновать свое намерение перед ареопагом (органом судебной власти.) или сенатом. Но уже в античные времена находились люди, доказывавшие нелепость судебного определения «вескости» причин, предъявляемых человеком в качестве оснований для самоубийства.

В Римской империи запрет на самоубийство был закреплен законодательно, хотя законы иногда признавали обстоятельства, оправдывающие суицид (например, горе, болезнь, скорбь), если это не причиняло вреда государству или казне. Общественное мнение в отношении самоубийства и самоубийц в Древнем Риме дошло до нас в фразе, ставшей в то время моральным принципом – «Mori licet qui vivere non placet» (Пусть умирает тот, кому не хочется жить). Однако возможность распоряжаться собственной жизнью предоставлялась только свободным римлянам. Рабы права на суицид не имели. Также строжайшее запрещение самоубийств относилось и к воинам, пока они состояли на службе. За покушение на самоубийство солдат приговаривался к смертной казни. Если попытка покончить с собой не удавалась у гражданских лиц, они подвергались позору и общественному порицанию.

В иудаизме и раннем христианстве самоубийство считалось извинительным, если было вызвано критическими обстоятельствами и являлось, по существу, лишь заменой одного вида смерти другим. Как, например, лишение себя жизни побежденными, предвидевшими неминуемую смерть от рук врагов, чтобы избежать надругательства, или, защищающих свою честь и святую веру. Извинялось самоубийство девственниц, совершенное ради спасения целомудрия.

Между тем, практически во всем античном мире те граждане, которые *самовольно* уходили из жизни без сколько-нибудь «значимых» причин, не спросив разрешения, карались посмертным поношением: в древних Фивах и Спарте самоубийц лишали посмертных почестей и проклинали, а трупы сжигали со знаками презрения; в других государствах не сжигали, а закапывали, чтобы не осквернять огня, считавшегося благородной стихией; в Афинах от трупа самоубийцы отсекали руку и хоронили ее отдельно.

Со времен зарождения человеческой цивилизации существовали и набирали силу идеи, принципиально не принимающие и осуждающие суицид. В племенах Нигерии, Уганды, Кении самоубийство считалось безусловным злом. Отвечать за злодеяние приходилось родственникам усопшего, они должны были принести искупительную жертву (быка или овцу) и провести обряд очищения – сжечь жилище «преступника». Если самоубийца расстался с жизнью повесившись на дереве или спрыгнув с него, дерево также сжигалось. До трупа убившего себя человека запрещалось дотрагиваться.

Религиозные представления таких древних народов, как ассирийцы, персы, финикийцы и вавилоняне, не одобряли самоубийства. Религия Древнего Египта категорически запрещала самоубийство. В большинстве законодательств античных государств самоубийство считалось делом постыдным и даже преступным. Платон (ок. 427 – ок. 347 г.г. до н. э.) отмечал, что человек – раб божий, а потому не имеет права произвольно уходить из жизни. В своей книге «Законы» он писал, что самоубийцы, которые ушли из жизни по причине трусости, слабости и малодушия,

должны быть погребены отдельно от других людей, а их могилы не должны украшаться никакой надписью и никакими памятниками. Аристотель (384 – 322 г.г. до н. э.) делал акцент на антиобщественности этого деяния: самоубийство является преступлением против государства, ослабляет общество, лишая его полезного гражданина. Первый эллинистический царь Египта Птолемей (367 – 283 г.г. до н.э.), правивший во времена жизни Гегесия Александрийского, запретил его идеи, а саму книгу приказал сжечь. Осуждали самоубийство и великие древнекитайские философы – Лао-цзы (около 4 века до н.э.) и Конфуций (551 – 479 г.г. до н.э.), – основатели главных направлений философской и религиозной мысли Древнего Китая – даосизма и конфуцианства. Философски емкую дефиницию самоубийства предложил великий голландский философ Б. Спиноза (1632 – 1677 г.): «Те, кто лишает себя жизнь, имеют душу, пораженную бессилием; их натура потерпела полное поражение в борьбе с внешними обстоятельствами».

И. Кант (1724 – 1804 г.г.), современник Руссо, Вольтера, Монтескье, трактовал человеческую жизнь как часть природы, соответственно, суицид был для него нарушением заведенного в природе порядка. Он писал: «Человек не может отчуждаться от своей личности, пока дело идёт о долге, следовательно, пока он жив... Тот, кто занят мыслью о самоубийстве, спросит себя, исходя из понятия необходимого долга по отношению к самому себе, совместим ли его поступок с идеей человечества как цели самой по себе. Если он, для того, чтобы избежать тягостного состояния, разрушает самого себя, то он использует мир только как средство для сохранения сносного состояния до конца жизни. Но человек не есть какая-нибудь вещь, стало быть не есть то, что можно употребить только как средство; он всегда и при всех своих поступках должен рассматриваться как цель сама по себе. Следовательно, я не могу распоряжаться человеком в моём лице, калечить его, губить или убивать».

Уже более 15 веков в христианской и более 10 веков в православной христианской культуре самоубийство рассматривается наряду с главными смертными грехами. Начиная с IV-V в. в., отношение христианства к добровольному уходу человека из жизни коренным образом меняется в сторону однозначности трактовки и категоричного отрицания. Душа принадлежит Всевышнему, и только он волен ей распоряжаться. Святой Августин (Блаженный) (354 – 430 г.г.) называл самоубийство «худшим из грехов, ибо в нем нет возможности раскаяться». Согласно его учению, самоубийца есть человекоубийца. Шестая заповедь говорит «не убий», не прибавляя «твоего ближнего»; а так как Спаситель завещал любить ближнего, как самого себя, то, следовательно, убивающий себя грешит против шестой заповеди, ибо она запрещает вообще убивать человека. Нужно уважать тех, кто умеет жить среди невзгод, а не тех, кто ищет от них спасения в смерти.

Более поздние христианские догматы, сформулированные на Пражском Соборе 563 года, качественно изменили отношение христианской культуры к

суицидальному поведению и косвенно повлияли на отношение к самоубийству даже в нехристианских культурах (например, борьба английских колонизаторов с сати в Индии). Спустя восемь столетий, другой христианский философ, Фома Аквинский (1225-1274 г.г.), в «Сумме теологии» объявил суицид трижды грехом: против Господа, дарующего жизнь; против общественного закона; против человеческого естества. Оправдания нет ни для лишивших себя жизни во имя веры и любви к Господу, ни для женщин, прибегших к самоубийству, чтобы избежать позора изнасилования. «Никто не вправе избегать малого греха, прибегнув к греху большому...». Согласно христианскому вероучению средних веков, самоубийство считалось более тяжелым преступлением, чем убийство, так как человек, убивающий себя, посягает не только на тело, но и на душу. По обычаю, самоубийцу хоронили без церковных обрядов даже тогда, когда самоубийство происходило в состоянии умопомешательства.

Законодательства государств средневековой Европы трактовали самоубийство как тяжкое преступление. Всем без исключения самоубийцам отказывали в церковном отпевании и погребении. Тех, кто пытался покончить с собой, но остался жив, предавали анафеме. В Британии самоубийц хоронили на перекрестке дорог, предварительно протащив по улицам, положив на лицо камень и проткнув сердце осиновым колом (покончившие с собой считались потенциальными вампирами). В Дании самоубийц выносили из дома через окно и сжигали – огонь символизировал адское пламя, куда уже отправилась душа грешника. Имущество «преступников», начиная с XIII века, конфисковалось в пользу государства. Средневековое законодательство Европы изобрело даже особое позорное наказание для самоубийц – предание земле трупа самоубийцы вместе с падалью (*sepultura asinina seu canina*). По уголовному положению, обнародованному Людовиком XIV в 1670 году, труп самоубийцы тащили на плетенках по улицам и переулкам лицом вниз, затем вешали и бросали на живодерню. Во Франции только буржуазная революция 1789 года отменила какое-либо законодательное преследование самоубийц.

В большинстве цивилизованных стран самоубийство трактовалось как противоправное деяние, а самоубийцы зачастую приравнивались к уголовным преступникам, против которых предусматривались юридические санкции. В США в 1881 году законодательное собрание штата Нью-Йорк определило, что покушавшиеся на самоубийство наказываются тюремным заключением сроком на 20 лет. В Великобритании антисуицидная статья сохранялась в уголовном кодексе вплоть до 1961 года. В Индии до настоящего времени действует закон, согласно которому попытка самоубийства наказывается лишением свободы на срок до 1 года и/или штрафом.

В России самоубийц издревле тоже не жаловали. Покончивших с собой не отпевали и не хоронили в освященной земле. Подобная практика сохранялась до 1950-х годов, а местами встречается и сегодня, в форме

запрета на захоронение на церковном кладбище. Петр I (1672 – 1725 г.г.) объявил суицид государственным преступлением. В его Воинском артикуле самоубийство приравнивалось к убийству. Тогда в России также, как и в Западной Европе, по указу Петра I практиковалось глумление над трупами самоубийц (чтобы другим не было поводом). По «Положению о наказаниях уголовных и исправительных от 1885 года» лишение себя жизни не влекло уголовного наказания только в тех случаях, когда «кто-либо по великодушному патриотизму подвергнет себя очевидной опасности или прямо верной смерти, а равно женщина лишит себя жизни для спасения от грозившего насилия». Правовое «смягчение» отношения к самоубийцам произошло только в 1917 году. До этого законодательство, церковь, народные обычаи и мораль российского общества были не менее строги к самоубийце, чем это наблюдалось в Европе.

В православной культуре отношение к самоубийству как таковому всегда было неоднозначным. Если же человек, сознательно лишаящий себя жизни, имел цель спасти другого человека или группу людей от смерти, то такой поступок в православном христианстве классифицировался не как самоубийство, а как *самопожертвование*, основываясь на словах Иисуса Христа: «Нет больше той любви, как если кто положит душу свою за друзей своих». В православном христианстве почитается и боготворится героизм тех, кто отдал жизнь на поле брани за Отечество и ближних своих. То же относилось к людям, отдавшим свою земную жизнь ради веры. Церковь почитает подвиг мучеников и исповедников, не отрекшихся от нее перед лицом гонений и угроз. В то же время Православная Христианская Церковь всегда осуждала эгоистическое самоубийство, поскольку совершающий его *не приносит себя в жертву, а отвергает жизнь как дар Божий*. Суицидальное поведение рассматривается в современной христианской культуре как поведение, понижающее качество посмертного существования души, осуждается и ассоциируется с грехом даже у лиц, формально отрицающих у себя наличие религиозного мировоззрения.

Другая мировая религия, иудаизм, также во все периоды относилась к самоубийству крайне отрицательно. Евреи никогда не одобряли самовольного ухода из жизни, поскольку считали, что телесные и душевные страдания нужно переносить не ропща и, подобно Иову, за терпение получить награду Божью. В Талмуде попытка самоубийства рассматривается как преступление и считается религиозно запрещенным деянием, влекущим суд божий и даже людской. Даже траурные обряды по самоубийцам справлялись не полностью, их не хоронили до захода солнца.

В исламе отрицается даже сама возможность покушения правоверного мусульманина на свою жизнь. Достаточно сказать, что в священной книге мусульман Коране, очень подробно регламентирующей поведение верующего и дающей советы и рекомендации для всех мыслимых ситуаций, нет даже прямого упоминания понятия самоубийства. Но в шиитском толковании Корана, отмечается то, что если человек убьет неверных и в

результате умрёт сам, то он окажется в раю и его статус будет равен статусу шахида. Но такое толкование отвергается большинством теологов ислама. В одном из хадисов пророк Мухаммед говорил: «Убивший себя железом будет до скончания века таскать на себе в аду орудие преступления. Отравившийся будет вечно пить свою отраву. Спрыгнувший с высоты будет вновь и вновь падать в самую бездну преисподни». Составитель одного из шести сборников суннитских хадисов Абу-Дауд (889 – 962 г.г.) повествует о том, как Мухаммед отказал в погребальных почестях самоубийце. Он приписывает Пророку и такие слова: «В старые времена был некий человек, мучимый болезнью, которая истощила его терпение, и взял он нож, и перерезал себе запястье, и истёк кровью до смерти. И сказал на это Господь: «Раб мой ускорил свой конец, нет ему пути в рай»».

По представлениям теософов самоубийство нарушает естественный процесс «земной» подготовки души к вечной жизни. Русский теософ Е. П. Блаватская (1831 – 1891 г.г.) писала: «Никто из людей не имеет права положить конец своему существованию просто потому, что оно бесполезно. Это всё равно, что доказать необходимость побуждения к самоубийству всех неизлечимых инвалидов и калек, представляющих собой постоянный источник страдания для своих семей, или проповедовать нравственную красоту закона, существующего у диких племен, подчиняясь которому, они предают смерти своих стариков и старух».

Английский христианский мыслитель и писатель Г. Честертон (1874 – 1936) был абсолютно уверен в том, что человек, совершающий акт самоубийства, посягает не только на собственную жизнь, но и на общечеловеческие ценности, ведь трагедия одного человека отзывается страшной болью в обществе. Он отмечал: «Убийца убивает человека, самоубийца – человечество».

Российский философ В. С. Соловьев (1853 – 1900 г.г.) писал, что суть суицида в убеждении, будто «в жизни совершается не то, что по-моему должно бы в ней совершаться, следовательно, жизнь не имеет смысла, и жить не стоит». Таким образом самоубийцы представлялись В. С. Соловьеву эгоистами, не желающими подчиняться «смыслу всеобщей жизни» (Богу).

Еще более категоричным был религиозный и политический философ Н. А. Бердяев (1874 – 1948 г.г.), который полагал, что самоубийство идет от сатаны, что оно «по природе своей есть отрицание трех высших добродетелей – веры, надежды и любви» и что «убивая себя, человек наносит рану миру как целому, мешает осуществлению царства Божьего». В своем психологическом этюде «О самоубийстве» Н. А. Бердяев писал: «Самоубийство совершается в особую, исключительную минуту жизни, когда черные волны заливают душу и теряется всякий луч надежды. Психология самоубийства есть прежде всего психология безнадежности. Безнадежность же есть страшное сужение сознания, угасание для него всего богатства Божьего мира, когда солнце не светит и звезд не видно, и замыкание жизни в одной темной точке, невозможность выйти из нее, выйти

из себя в Божий мир. Когда есть надежда, можно перенести самые страшные испытания и мучения, потеря же надежды склоняет к самоубийству...»

Между тем, даже при наличии канонического и социально-нормативного запретов на самовольное прекращение жизни некоторые люди все же решались на этот шаг. Очевидным было то, что философии, юриспруденции и религии не хватало чего-то главного – понимания глубинных корней этого феномена, таящихся в самом человеке. Для того, чтобы говорить о праве на лишение себя жизни, необходимо понимать истинную причинность суицида и процесс развития намерения его совершить. До определенного времени людей устраивало объяснение, предложенное церковью: человека совращает бес. Но во второй половине XIX столетия цивилизованный мир столкнулся с настолько резким распространением этого явления в обществе, что вынужден был признать необходимость глубокого научного многопланового исследования вместо дихотомической модели многовековой умозрительной полемики «допустимо – недопустимо».

С начала XIX века бурно развивающаяся медицина Западной Европы включила эту проблему в сферу своих научных исследований. В какой-то мере это объяснялось ростом числа самоубийств и широким спектром представленности среди суицидентов различных социальных слоев. Возникла потребность в обобщенных статистических данных. И если первые работы обобщающего характера по проблеме самоубийств были построены как обзоры известных в истории самоубийств и взглядов различных авторов на эту проблему, то уже к началу XIX века сочинения по суицидологии содержали материалы статистического и медицинского характера. Предметом углубленного научного анализа становились не только самоубийства ярких исторических личностей, как индивидуальное проявление «духовного аристократизма», но и добровольный уход из жизни простых людей (крестьян, горожан, ремесленников) по «обыденным» причинам и в обычных условиях жизни. В медицине начало складываться собственное представление о причинах и мотивах самоубийства. Заканчивалась эпоха морализации самоубийств, они начали рассматриваться как, во-первых, ненормальная психическая реакция или психическое расстройство, и, во-вторых, одно из явлений социальной жизни. С XIX в. феномен суицида привлек внимание представителей целого ряда смежных наук (социологии, этнографии, психологии, антропологии и т. д.).

Характерной чертой суицидологии XVIII – XIX веков было *стремление к установлению доминирующего фактора* в генезе суицида. В связи с этим исследования проводились в рамках отдельных научных дисциплин и подходов. Это обстоятельство приводило к попыткам свести все многообразие различных форм суицидоопасного поведения к одной единственной причине (психическая болезнь, анатомическая патология, разрыв социальных связей, влияние внутренних деструктивных тенденций и т.д.). Однако эти работы не могли не учитывать и не нести в себе

особенностей законодательства различных стран, религиозных воззрений, исторических, культурных и иных моментов и обстоятельств, оказывающих влияние, как на распространенность этого феномена, так и на совершение суицида конкретным человеком. Чем глубже постигалась сущность самоубийства, тем больше появлялось суицидологических теорий, это свидетельствовало лишь об одном – о полной растерянности человека перед этим феноменом. Так, например, Н. М. Карамзин (1766 – 1826 г.г.) вполне серьезно утверждал, что люди убивают себя из-за неправильного рациона питания. Ф. М. Достоевский (1821 – 1881 г.г.) винил нигилизм, материализм и атеизм. «Климатическая» концепция утверждала, что суициду в большей мере подвержены жители умеренно-холодных зон. Этой проблемой занимались и многие известные русские писатели: Ф. М. Достоевский, Л. Н. Толстой, А. И. Куприн, Л. Н. Андреев, Д. С. Мережковский, В. В. Розанов; юристы, педагоги, публицисты А. Ф. Кони, А. Н. Острогорский, А. В. Луначарский и др.

Но были и основательные научные исследования. Подходы того времени можно дифференцировать по следующим направлениям: психиатрическому, антрополого-морфологическому, социолого-статистическому, психологическому, интегративному.

Психиатрический (психопатологический) подход.

Практически с самого начала научных исследований стоял вопрос о том, как следует относиться к такой форме поведения человека, как суицид: следует ли его рассматривать как нормальное явление или же его следует понимать как состояние «психического помешательства». В первой половине XIX в. сформировалась психиатрическая концепция *самоубийства как клинического феномена*. Согласно этой концепции, самоубийство не должно оцениваться ни с нравственных, ни тем более с правовых позиций. Учитывая высокий уровень самоубийств среди психически больных, многие психиатры были склонны объяснять факт самоубийства наличием психического заболевания. Подтверждением этому служит высокий процент суицидов у людей с депрессивными состояниями, у лиц с расстройством личности, среди пациентов, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Отмечается достаточно высокий процент суицидов и у психически больных с бредовыми и галлюцинаторными расстройствами. Самоубийство трактовалось как симптом или синдром психического заболевания (Эскироль Ж.) либо как особая форма психического расстройства – «суицидальная мономания» (Бурден К. Э.). В XIX – XX веках такое понимание самоубийства нашло много приверженцев как в Западной Европе, так и в царской России.

По мнению Ж. Эскироля (1772 – 1840 г.), «...в самоубийстве проявляются все черты сумасшествия. Только в состоянии безумия человек способен покушаться на свою жизнь, и все самоубийцы – душевно больные люди...». Он считал, что самоубийство зависит от множества самых различных причин, может проявляться в самых различных формах и его феномены не выражают собой никакой определенной болезни. В какой-то

мере бескомпромиссность подобной формулировки связана со стремлением избавить самоубийц от любого рода религиозного или законодательного преследования. Ж. Эскироль прямо заявлял о том, что самоубийство не должно преследоваться по закону. Становясь медицинским фактом, самоубийства выводились из сферы влияния религии или юриспруденции. Ж. Эскироль одним из первых применил статистические методы в исследовании психически больных.

Другие психиатры – ученики и последователи Ж. Эскироля – также рассматривали суицид не как отдельное заболевание, а как симптом различных расстройств или связывали его с наличием той или иной симптоматики помешательства (Ж. Фальре, Моро де Тур и др). Была и другая точка зрения. Если Ж. Эскироль трактовал самоубийство как симптом или синдром психического заболевания, то другой его последователь французский психиатр К. Э. Бурден, считал, что самоубийство есть отдельная патология, особая нозологическая форма – «суицидальная мономания». Но он исключил из этой «мании» все случаи добровольной смерти, не только связанные с убеждением и героическим поведением, но и вызванные «экзальтацией чувств».

В последующем индивидуальный подход к анализу лиц, покушавшихся на свою жизнь, определил существенное расхождение точек зрения на соотношение самоубийства и психических расстройств. Если большинство психиатров начала XIX в. рассматривали суицид как одно из проявлений или даже форму психического расстройства, то в конце века уже наблюдалась четкая поляризованность мнений по вопросу роли помешательства в генезе самоубийства.

Известные российские врачи-суицидологи конца XIX – начала XX веков П. Г. Розанов и И. П. Лебедев изначально также разделяли представления об исключительно психопатологическом генезе суицидального поведения. Однако последующие исследования поколебали их категоричную позицию. П. Г. Розанов обнаружил у самоубийц явление аффективно суженного сознания, встречающегося и у психически нормальных людей. Поэтому он считал необходимым для адекватного сопоставления частоты психических расстройств у самоубийц учитывать не мотив самоубийства, а состояние, в котором человек совершил покушение на самоубийство.

И. П. Лебедев несколько позднее уже отмечал, что «вряд ли кто-либо согласится с тем, что все самоубийцы находятся «в ненормальном состоянии умственных способностей». В 80-е гг. XIX в. им было впервые в России проведено клиническое обследование суицидентов в возрасте до 20 лет. В результате этого И. П. Лебедев обратил внимание на такие факторы, как: условия воспитания, семейные отношения в семьях молодых людей, покушавшихся на свою жизнь, их ближайшее окружение.

Непрекращающиеся исследования, в том числе и статистические, поколебали психопатологическую концепцию. Уже к концу XIX века она

подверглась критике со стороны как российских, так и западноевропейских психиатров (Баженов Н. И., Бехтерев В. М., Корсаков С. С., Рыбаков Ф. В., Сикорский И. А., Суханов С. А., Чиж В. Ф., Бирнбаум К., Груле Г., Кречмер Э. и др.), которые хотя и признавали роль психопатологического фактора в развитии суицидальных форм поведения, но не считали психическое расстройство единственной причиной самоубийства. Известный русский психиатр И. А. Сикорский придерживался схожей точки зрения, полагая, что только «четверть или треть общего числа самоубийств зависит от душевной болезни».

Таким образом, за несколько десятилетий, со времен труда Ж. Эскироля до работ русских психиатров начала XX века, в психиатрии произошла эволюция взглядов на генез суицидального поведения. Самоубийство перестало рассматриваться исключительно как следствие психического расстройства, была признана роль социальных и индивидуально-психологических факторов. Современные сторонники этого подхода несколько изменили направления своих поисков: от нозологической принадлежности суицидального поведения до симптоматически обусловленной вероятности его проявления (Бёрнс Д. – депрессия; Рингель Э. – «пресуицидальный синдром» и др.). В последнее время у представителей этого подхода обнаруживается тенденция к интеграции в понимании генеза суицидального поведения с представителями других школ и направлений.

В 80-90-е годы XX века, когда впервые стали появляться объективные сведения статистико-социологического плана, было установлено, что число душевнобольных и практически здоровых самоубийц соотносится как 1:3 – 1:4. Однако на самом деле оказалось не все так просто. Большинство исследователей находили тесную взаимосвязь между депрессивным состоянием и формирующимся суицидальным поведением. Риск суицида при наличии депрессии оценивается примерно в 10-15% по сравнению с 1-2% среди населения.

Психопатологическая концепция оказала сильное влияние на утверждение в общественном сознании представлений о безусловной психической патологии любого суицидента, что до недавнего времени снижало эффективность научно-практической разработки проблемы самоубийств и их предупреждения. Между тем, психиатрический подход в объяснении причинности суицидального поведения значительно повлиял на гуманизацию общественного мнения в отношении самоубийц и лиц, совершивших суицидальные попытки. Исследования проблемы самоубийств, интенсивно проводившиеся врачами-психиатрами на протяжении всего XIX в., позволили обнаружить ряд закономерностей и характеристик суицидального поведения. Так, например, несмотря на расхождение статистических показателей у различных авторов, все исследователи в качестве наиболее частой формы психической патологии у лиц, покончивших с собой или совершивших суицидальную попытку, отмечали различные виды

сниженного настроения. Это в дальнейшем нашло свое подтверждение и развитие в современных медико-биологических исследованиях.

Изыскания, проводимые в области современной суицидологии показали, что наличие психического расстройства у суицидента во многих случаях можно считать лишь одним из факторов риска, который делает суицидента более уязвимым к воздействию иных просуицидальных факторов. Только в случае острого психического расстройства (психоза) мотивационная основа суицидального поведения может иметь исключительно психопатологический характер. Только в этом случае можно говорить о суициде как о психопатологической форме поведения. К настоящему времени выделен ряд психических расстройств, при которых значительно повышается риск совершения суицидальных действий. К ним отнесены такие формы психических расстройств, как: органические психические расстройства, различные формы зависимости от психоактивных веществ (преобладает синдром зависимости от алкоголя); шизофрения; депрессивные состояния, расстройства невротического спектра и расстройство зрелой личности (эмоционально-неустойчивое и диссоциальное). Современные сторонники этого подхода несколько изменили направления своих поисков: от нозологической принадлежности суицидального поведения до симптоматически обусловленной вероятности его проявления (Бёрнс Д. – депрессия; Рингель Э. – «пресуицидальный синдром»).

Антрополого-морфологический подход.

С точки зрения представителей этого подхода самоубийство является следствием анатомической дегенерации. Их объединяла идея поиска психофизиологических и анатомических причин склонности к самоубийству (Леонов И. Ф., Гвоздев И. М., Крюков А. И., Ломброзо Ч., Ферри Э. и др.). Самоубийства трактовались ими как нечто независимое от воли и сознания суицидента. Причины виделись в биологических аномалиях, наследственной предрасположенностью, конституциональными особенностями «вырождающихся» личностей. Некоторые патологоанатомы конца XIX – начала XX веков основную причину видели в морфологических изменениях в организме суицидентов. Сюда же относятся и работы сторонников эндокринологической теории, связывающей возникновение отклоняющегося поведения с нарушениями деятельности желез внутренней секреции.

Уже Ж. Эскироль проводил обширные патологоанатомические исследования для доказательства развиваемых им положений и нахождения места локализации патологии в теле самоубийцы. Ч. Ломброзо (1835 – 1909 г.), проведя генеалогические исследования знатных европейских родов, объяснял причинность суицидальных явлений наследственной предрасположенностью, конституциональными особенностями «вырождающихся» личностей. Представители антропологического направления П. М. Минаков, И. И. Нейдинг, А. И. Крюков и др. утверждали, что самоубийство связано со строением черепа. Анатоми-антропологические

исследования выявляли своеобразные корреляции. В 1842 г. русский врач И. Ф. Леонов опубликовал работу об обнаруженной им связи между формой грудной железы с наклоном к самоубийству. Наибольшее число анатомических находок относилось к особенностям строения мозга. В 1840 г. английский врач Ф. Винслоу публикует книгу «Анатомия самоубийства», где пишет, что предрасположенность к самоубийству происходит от расстройств мозга и органов пищеварения. Автор недвусмысленно высказывался за чисто органическую причину «самоубийственной мономании», несмотря на невозможность установления этого путем анатомического вскрытия тела самоубийцы.

Исследования анатомо-антропологического направления, проводившиеся на протяжении всего XIX века, практически не прекращались и в XX веке. По вполне понятным причинам в первую очередь исследовался головной мозг. Судебный патологоанатом профессор И. М. Гвоздев (1827–1896) писал: «Хотя некоторые исследователи при самоубийстве не оставляют без внимания также полости груди и живота.., мы не можем уяснить себе прямого отношения этих ненормальностей к отравлению головного мозга, а потому и ограничимся только полостью головы». Он собственноручно вскрыл около тысячи трупов самоубийц, безуспешно пытаясь обнаружить у них патологические особенности «молекулярного движения в головном мозге», но был вынужден признать, что вскрытие тел самоубийц не обнаружило причину. Дальнейшие функциональные исследования головного мозга по нахождению электроэнцефалографических предпосылок суицидальных мыслей и намерений однозначного прогностического фактора суицидального поведения до настоящего времени не обнаружили.

Ряд исследователей, ссылаясь на большую частоту суицидов и суицидальных попыток среди родственников самоубийц, считали это несомненным доказательством роли генетического фактора. Сторонники «суицидальной наследственности» говорили о том, что предрасположенность к самоубийству передается едва ли не на генетическом уровне. Более подробные статистические исследования показали, что только у 6% покончивших с собой один из родителей был суицидентом. Наряду с этим, многочисленные исследования показали, что по наследству передается предрасположенность к аффективным расстройствам (например, депрессии), особенно при биполярном течении. Было обнаружено, что если болен один из родителей, риск заболевания для ребенка составляет 27%, если оба – 50-75%. У однойцевых близнецов вероятность заболевания составляет 67%, даже если они воспитываются в разных семьях. Однако эти же данные можно также интерпретировать как психогенетическое влияние факта самоубийства близкого человека, оказывающего моделирующую роль (или пример реагирования) на поведение родственников. Эти интерпретации распространяются на результаты, полученные с помощью различных методов исследования генетических факторов самоубийства.

Результаты бесчисленных научных поисков, направленных на обнаружение своеобразного центра самоубийства так и не позволили локализовать причину суицида в каком-либо органе и, более того, в какой-то мере поколебали веру исследователей в наличие прямой связи между суицидальным поведением, анатомо-физиологическими данными и наличием психического заболевания. В связи с этим обоснованной критике был подвергнут сам принцип биологического редукционизма, сводивший сложные социальные и психологические процессы к физиологическим основам человеческого существования.

Несмотря на то, что подобные теории подвергались аргументированной критике со стороны большинства прогрессивных ученых, с развитием научно-технической мысли и исследовательского инструментария это направление в исследованиях суицидов сохраняется и в настоящее время, изучая особенности функционирования центральной нервной системы суицидентов на нейропсихическом, биохимическом уровне.

Социолого-статистический подход.

В первой половине XIX века статистические исследования западноевропейских и российских ученых позволили увидеть некоторые тенденции в формировании суицидального поведения, детерминированные социально-экономическими факторами, и выявить многие из этих факторов, что позволило сформироваться новому самостоятельному направлению в суицидологических исследованиях. Результаты статистических исследований легли в основу *социологического* подхода в изучении природы суицида. Представители этого направления на основе статистического анализа главные причины самоубийства усматривали в социально-политических и экономических факторах, воздействии на индивида социальных процессов.

Основоположником статистического направления в исследовании самоубийств в России был академик, руководитель статистического отдела при министерстве полиции Герман К.Ф. Его доклад на тему «Изыскание о числе самоубийств и убийств в России за 1819 и 1820 годы», прочитанный на заседаниях Российской Академии Наук 17 декабря 1823 г. и 30 июня 1824 г., явился одним из самых ранних свидетельств социологического осмысления девиантных проявлений в России. Сравнивая число самоубийств и убийств по отдельным губерниям и регионам России, К.Ф. Герман сопоставляет их с пьянством, экономическим положением, социально-политическими условиями (например, последствия войны 1812 г. в Смоленской губернии, где отмечался повышенный уровень самоубийств). В результате он делает удивительно глубокий для своего времени вывод, усматривая главные причины исследуемых явлений в крайностях: в диких нравах или утонченной цивилизации, в анархии или политическом гнете, в нищете или чрезмерном богатстве. И еще один вывод, значимый и сегодня: динамика числа убийств и самоубийств за определенный промежуток времени «позволяет по крайней мере частью узнать нравственное и политическое состояние народа». К.Ф.Герман также обратил внимание на рост показателей самоубийств в

детском и подростковом возрасте. В последующем в своей работе «Опыт моральной статистики» он сделал попытку теоретического осмысления кризисной природы суицида.

В 80-е годы XIX столетия произошел значительный рост самоубийств в России, отражающий кризисную природу пореформенного общества. Это вызвало необходимость глубокого статистического анализа суицидальных явлений. Вот, что по этому поводу писал В.А.Бернацкий: «Для того, чтобы выработать меры рациональной борьбы с каким-либо злом, необходимо знать размеры, которые это зло приняло, и причины, вследствие которых оно возникло; иначе говоря, надлежит всесторонне исследовать его».

Последователи К.Ф.Германа выявили зависимость количества самоубийств от подъемов и спадов социальной активности, экономических и военно-политических кризисов, присущих пореформенному периоду. Характерной для пореформенных периодов оказалась склонность к самоуничтожению, в десятки раз превышавшая средний уровень, среди учащейся молодежи, военнослужащих, лиц свободных профессий, деклассированных элементов и социальных низов.

Значительная доля статистических исследований по суицидологии в XIX веке в России была посвящена самоубийствам детей, подростков и молодежи. Связь самоубийств среди рабочей и учащейся молодежи с социально-экономическими факторами – голодом, безработицей, пьянством – отмечали Г. И. Гордон (1912), Л. А. Прозоров (1913), В. А. Бернацкий, М. Я. Феноменов и др.

М. Я. Феноменов в работе «Причины самоубийств в русской школе» социальные причины роста суицидов среди молодых людей видел в высоких темпах социально-экономического роста страны и возникновении в связи с этим новых форм социальной жизни. А. М. Коровин в своем исследовании «Самоубийство и потребление водки в Европейской России с 1903 по 1912 год» отмечал, что одна из главных причин распространения самоубийств – чрезмерное употребление водки, другая – урбанизация. Уже тогда выделялась устойчивая позитивная корреляция между склонностью к самоубийству и алкогольным фактором (Бехтерев В. М., Пономарев Н. В., Розанов П. Г., Рыбаков Ф. Е. и др.).

Начиная с работ первой половины XIX в. и до начала 20-х гг. XX в., в России были проведены и опубликованы многочисленные исследования, затрагивающие не только «исчисление» уровня самоубийств, но и множество самых различных аспектов суицидального поведения.

Основоположник западноевропейского социологического направления суицидологии – Э. Дюркгейм (1858 – 1917 г.), – рассматривая человека в качестве социального существа, наделенного сознанием смерти, считал суицид специфически человеческой формой поведения, возникновение которой зависит от характера социальных связей, в которые включен человек. В своем фундаментальном труде «Самоубийство. Социологический этюд» (1897) он пришел к выводу, что основные причины самоубийств

кроются в социальной сфере. Так, по его мнению, уровень самоубийств в каждом обществе зависит от степени сплоченности таких социальных институтов как брак, семья, профессиональные и конфессиональные организации, а также прочности культурных и моральных норм, регламентирующих поведение людей. В странах, где сильны традиции и обычаи, выработанные веками, и каждый человек считает своей обязанностью подчиняться им, число самоубийств наименьшее; в индустриально развитых странах человек все более чувствует себя изолированным от других людей, его интересы чаще всего находятся в противоречии с интересами остальных, потребности опережают возможности. Таким образом, единственная причина самоубийства не в индивиде, а в характере тех социальных групп, в которые индивид включен.

Суицидальное поведение является проявлением трех основных форм социальных отношений: разобщенности, чрезмерной тесноты и аномичности (дезинтеграции и распада системы ценностей и норм, гарантирующих общественный порядок) социальных связей. Не вызывает сомнения, что риск совершения суицида в сплоченном обществе намного меньше, чем в разобщенном и аномичном.

На основании критерия социальной «солидарности» Э.Дюркгеймом была предложена одна из первых классификаций суицидальных форм поведения. Несмотря на то, что он не отвечает на вопрос, почему в одних и тех же условиях один человек кончает с жизнью, а другой нет, он признает, что самоубийство – это акт индивидуально-личностный. На этом основана и его типологизация суицидов:

Эгоистический суицид связан с какими-либо конфликтами, неприемлемостью социальных требований, определенных норм поведения, не соответствующих интересам личности. Он характерен для людей с недостаточной интеграцией с обществом, которое полностью или частично перестает их контролировать. Нормы и правила общества для этих суицидентов не являются обязательными и не определяют их поведение. Чем большее число отчужденных от общества, не состоящих в браке и нерелигиозных людей наблюдается в рамках той или иной социальной группы, тем выше в ней уровень самоубийств. Часто они бывают связаны с кризисными ситуациями и личными трагедиями.

Альтруистический суицид является полной противоположностью отмеченному выше эгоистическому и связан с повышенной интеграцией индивида в обществе. Для этого суицида характерно намеренное принесение себя в жертву в соответствии с представлениями о необходимости выполнения тех или иных общественных норм и правил. По мнению автора, общество намеренно поощряет жертвенные формы самоубийства (в условиях войны, отдельных религиозных сообществ и т.п.). Естественно, что альтруистические самоубийства в различных условиях и даже у разных людей имеют свои неповторимые мотивы и особенности, например,

самоубийство раскаявшегося преступника и самопожертвование ради блага других людей и общества.

Аномический суицид рассматривается как реакция индивида на *аномию* (буквально «беззаконие») в обществе, на резкую трансформацию связи индивида и общества, на значимые изменения ранее существовавшего социального порядка. Эти самоубийства совершают люди, социальное окружение которых не представляет стабильных структур и ценностных ориентаций, связанных с обществом, семьей, религией и другими институтами. Однако в плане возможной аномии гораздо большее значение для человека имеет микросоциальное окружение, нежели глобальные изменения в обществе и его проблемы. Поэтому для формирования аномического суицида важны в первую очередь существенные изменения в непосредственном окружении суицидента (семья, работа, статус, круг общения). В целом, это понятие, скорее, социально-психологическое, обозначающее нравственно-психологическое состояние общественного и индивидуального сознания, которое характеризуется разложением системы ценностей, изоляцией и отчуждением человека от общества, его разочарованностью в жизни, противоречием между провозглашаемыми ценностями и невозможностью их реализации.

Таким образом, Э. Дюркгейм показал, что суицидальное поведение является социальным феноменом и детерминируется социально-психологическими факторами; оно не является прямым следствием душевной болезни; в генезе суицидального поведения большая роль принадлежит отсутствию непосредственных связей между устремлениями социума и личности, падению идеалов, одиночеству, опустошенности, бесцельности существования и социальному конфликту. Он предложил следующее определение самоубийства: «Самоубийством называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах». Этим определением подчеркивается, что суицид акт осознанный, и он совершается самим суицидентом.

Основные выводы Э. Дюркгейма и его последователей в разнообразных вариациях прямо или косвенно подтверждались и иллюстрировались последующими исследованиями. Специалисты ВОЗ, например, подтвердили факт, что рост самоубийств в странах, вступающих на путь экономического и социального развития, прямо пропорционален темпам экономического развития этих стран. Вплоть до настоящего времени очень часто люди кончают с собой, не приняв социально-экономические изменения, – крупномасштабные социальные перемены влекут за собой самоистребительные эпидемии. Так было в США в 1929 году, когда в первые же три дня после краха Нью-Йоркской биржи покончили с собой 210 разорившихся бизнесменов. Так было в Германии после возведения Берлинской стены (тогда уровень самоубийств в восточном секторе

увеличился в 25 раз). Так было в бывшем СССР эпохи перемен – в 90-х годах XX века, – когда резко возросло количество самоубийств во многих бывших республиках.

Между тем, характерной чертой социологических исследований Э. Дюркгейма и его последователей было то, что они не различали степени интеграции группы от степени интеграции индивидов в группе, которая и оказывает реальное влияние на формирование суицидального намерения.

Предсказания Э. Дюркгейма о возможности увеличения числа суицидов при большей динамике общественной и индивидуальной жизни было подтверждено в исследованиях суицидологов нашего времени. Близкой к воззрениям Э. Дюркгейма оказалась психокультуральная концепция М. Фарбера, согласно которой в период социальных потрясений повышается ранимость (невротизация) отдельных членов общества и тем самым увеличивается вероятность совершения ими суицидоопасных действий. О ней речь пойдет ниже.

Исследования в рамках социолого-статистического направления позволяют определить наиболее общие факторы и условия, провоцирующие распространение суицидальной тенденции в социальных слоях, группах и институтах. Моральная статистика и статистический метод изучения проблемы самоубийства, обнаруживший множество интересных закономерностей суицидального поведения и послуживший основой для социологической теории суицида Э. Дюркгейма, вместе с тем обнажил свою недостаточность в процессе его применения к конкретному индивиду, покончившему с собой или пытавшемуся покончить. Стала очевидной необходимость разграничения и последующего синтеза уровней исследования. По этому поводу американский социолог Т. Парсонс писал: «В совокупном росте самоубийств виновато общество, в каждом отдельном случае – сам индивид».

Современные социологические концепции исходят из того, что в основе суицидального поведения лежит снижение и неустойчивость социальной интеграции, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно микросоциальные факторы играют ведущую роль. Влияние же макросоциальных и экономических факторов на возникновение желания уйти из жизни носит, как правило, косвенный характер.

Психологический подход.

Психологический подход к изучению самоубийств формировался и базировался на идеях и представлениях тогда еще молодой психологической науки конца XIX – начала XX в. в. Научный интерес представителей этого направления фокусировался на психологических причинах, мотивах и механизмах суицидальных реакций. Заметное влияние на концептуальные позиции психологов того времени в отношении суицидального поведения оказала психоаналитическая концепция З. Фрейда (1856 – 1939 г.). Ее сторонники объясняли сущность самоубийства как единоборство

конструктивных и деструктивных неосознаваемых тенденций психики у личности, имеющей определенные особенности, сформированные в детском возрасте. В психоаналитических концепциях суицидальное поведение рассматривается как функция влияния различных психологических переменных (инстинкт смерти, аутоагрессия, базальная тревога, чувство неполноценности, утрата смысла жизни и пр.).

З.Фрейд считал, что все живое стремится к первичному неорганическому существованию, и самоубийство – это психологический акт, в основе которого находится инстинкт смерти. Суицидальное поведение человека, как и невротические проявления, является результатом столкновения противоречивых стремлений, исходящих со стороны Ид (влечение к смерти) и со стороны супер-Эго (социальные запреты и нормы). Он рассматривал самоубийство как особое проявление внешней агрессии, как искаженную реализацию желания убить кого-либо другого. Причина самоубийства в психоаналитической концепции понимается как негативное отношение субъекта к внешнему миру, недостатки которого (и в частности, других людей) вызывают агрессивные реакции, которые впоследствии под давлением супер-Эго меняют направление с внешнего объекта на себя. Самоубийство, сочетая в себе одновременно и субъекта и объект действия, объединяет роли убийцы и жертвы, которые находятся в соподчиненных отношениях. При этом суицидальная мотивация вследствие действия механизмов психологической защиты носит бессознательный характер. Наряду с практическим значением в профилактике суицидоопасных состояний, данная концепция не раскрывает психологических причин возникновения защитных реакций, что существенно снижает возможности ранней профилактики риска суицидального поведения.

Другой представитель психоаналитической школы, А. Адлер (1870 – 1937 г.), писал, что «Быть человеком – означает ощущать свою неполноценность». Стремление разрешить определенные жизненные проблемы побуждает людей к преодолению своей неполноценности. Суицид – это попытка индивида избежать мучительного чувства неполноценности, которое сопровождает его на протяжении всей жизни. Жизнь личностей, склонных к самоубийству, характеризуется эгоцентризмом. А желание смерти у таких личностей – это защитная реакция в форме более или менее осознанной мести самому себе или другому лицу с целью вызвать чувство вины, сочувствие к себе и наказать за невозможность реализации собственных целей; посредством самоубийства они преодолевают детские комплексы неполноценности и самоутверждаются.

В аналитической психологии К. Юнга (1875 – 1961 г.) суицидальное поведение человека является выражением бессознательной интенции к духовному перерождению и метафорическому возвращению в чрево матери. К. Юнг касаясь вопроса о самоубийстве, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению. Оно может стать важной причиной смерти от собственных рук. Люди не только желают уйти от

невыносимых условий настоящей жизни, совершая самоубийство. Кроме того, они торопятся со своим метафорическим возвращением в чрево матери. *Только после этого они превратятся в детей, вновь рожденных в безопасности.*

Карен Хорни (1885 – 1962 г.) считала, что если бы детям обеспечили окружение, свободное от тревоги, то они бы росли и становились полноценными личностями. Однако культура, религия, политика и другие общественные силы не гарантируют и не всегда предоставляют необходимые условия для полноценного развития личности ребенка. Чувствуя себя зачастую в опасном окружении, дети рассматривают мир как относительно враждебную среду для жизни. Это вызывает у них появление «базальной тревоги» (как устойчивой черты личности). К. Хорни считала, что риск суицидального поведения существенно возрастает у индивидов с высоким уровнем тревожности, переживание которой обусловлено недостаточным соответствием индивида, меняющимся социокультурным стандартам. Суицид является результатом сочетания внутренних характеристик личности и факторов окружающей среды. Суицидальная тенденция может возникнуть как следствие детской зависимости, глубоко укоренившихся чувств неполноценности или того, что К. Хорни называет «идеализированным образом», имеющимся у человека о самом себе. Самоубийство может быть также «суицидом исполнения», из-за возникновения у человека чувства несоответствия стандартам, ожидаемым обществом.

Один из последователей З. Фрейда, К. Меннингер в своем труде «Война с самим собой», посвященном проблеме аутоагрессии, утверждал, что суицид – это инвертированный гомицид. В соответствии с представлениями К. Меннингера люди от рождения обладают комплексом конструктивных и деструктивных сил. Он соглашался с З. Фрейдом в том, что в жизни человека существует напряженная борьба между конструктивными и деструктивными тенденциями, инстинктами самосохранения и саморазрушения. «Созидание и разрушение своего рода анаболизм и катаболизм личности...». Самоубийство – это проявление комплексов садизма и мазохизма, способ наказания «Эго» со стороны «супер-Эго». К. Меннингер писал: «Вместо того чтобы атаковать внешнего врага, такие люди вступают в битву сами с собой, уничтожают сами себя... никому не удавалось целиком избавиться от самоубийственных тенденций».

Исследовав глубинные мотивы самоубийства, он выделил три составных части суицидального поведения. Для того чтобы совершить самоубийство необходимо: во-первых, иметь желание убить, во-вторых, желание быть убитым и, в-третьих, желание умереть. Каждый из этих элементов представляет как сознательные, так и бессознательные мотивы. Одновременное наличие всех трех элементов, как правило, приводит к самоубийству, а отсутствие какого-либо компонента или их временная разнесенность обуславливает относительно более «мягкие» формы аутоагрессивного поведения.

В своей работе К. Меннингер классифицировал аутодеструктивных личностей следующим образом:

- 1) сознательно лишаящие себя жизни и имеющие более-менее логическое объяснение своим поступкам (самоубийцы);
- 2) неосознанно лишаящие себя жизни и не имеющие объяснения своим поступкам (алкоголики, наркоманы);
- 3) обвиняющие в своих несчастьях судьбу или окружение;
- 4) ничего не объясняющие и не осознающие (психическая патология).

С точки зрения Г. С. Салливена источник аутоагрессивных состояний кроется в системе человеческих отношений. Человек оценивает себя, главным образом, в соответствии с отношением к нему других людей. Если система значимых для него отношений является конфликтной, то возникнет угроза безопасности его Я из-за неразрешенного кризиса в отношениях, конфликт и тревога могут стать для человека невыносимыми. В этих обстоятельствах у него может возникнуть желание уйти из ситуации угрозы своему Я и таким образом совершить суицид. В состоянии депрессии саморазрушение также является привлекательной альтернативой для индивида. Суицид отражает, по мнению Г. С. Салливена, переориентированное на себя враждебное отношение индивида к другим людям и внешнему миру.

Все исследования психоаналитической ориентации трактуют суицид как акт агрессии, обращенной на себя, в различных ракурсах проявления котектированного либидо. Однако интенсивная проверка концепции суицида как интернализированной агрессии показала ее эмпирическую необоснованность. С помощью психометрических методик удалось установить, что по направлениям и формам агрессии суицидальная группа существенно не отличается от несуицидальной.

В русле психологического направления в западноевропейской суицидологии XX века разрабатывались и другие подходы. Так, например, С. Штекер считал, что суицид является результатом самонаказания в случае, если субъект имел подавляемое культурой желание убить другого человека. Согласно экзистенциально ориентированной концепции В. Франкла, человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия, суицид же является экзистенциальной реакцией человека на утрату смысла своего существования и переживанием им экзистенциального вакуума. В. Франкл относился к самоубийству с сожалением, но, между тем, настаивал, что ему нет законного, в том числе нравственного оправдания. Он считал, что в конечном счете самоубийца не боится смерти, но он боится жизни. Некоторые авторы выделяли переживание одиночества как основной психологический фактор, потенцирующий высокий риск суицидального поведения.

Психоаналитическая концепция в объяснении причин, условий и факторов, формирующих феномен суицида, оказала определенное влияние на

представления российских ученых конца XIX – начала XX в. в. Это влияние прослеживается в ранних работах Сикорского А. И., Фельцмана О. Б., Гордона Г. И., но уже там делается попытка гораздо шире взглянуть на эту проблему.

В работе «Современные самоубийства» один из наиболее известных российских суицидологов Г. И. Гордон четко проводил мысль об отсутствии непосредственной связи между самоубийством и душевными заболеваниями. Он считал, что в глубине души человека существует два главных инстинкта – жизни и смерти, смешение которых представляет собой жизнь; в основе самоубийства лежит не влияние инстинкта смерти, а ослабление, либо полное исчезновение жизненного тонуса или инстинкта жизни, субъективно воспринимаемого как утрата вкуса к жизни, лишение ее цели и смысла; это происходит от недостатка духовной энергии, которую требует постоянно усложняющаяся жизнь.

Он отмечал, что причины самоубийств кроются не во внешних обстоятельствах, а во внутренних настроениях и переживаниях, и утверждал, что предрасположенность к самоубийству есть внутреннее свойство и состояние организма, которые приводят человека к катастрофе. Г. И. Гордон пытался связать психологические механизмы суицидального поведения с некоторыми характеристиками окружающей самоубийцу социальной среды. В связи с этим в предисловии к монографии Э. Дюркгейма «Самоубийство» он писал: «Мы допускаем, что при известных условиях каждый из нас может стать самоубийцей независимо от состояния своего здоровья, умственных способностей, окружающих условий жизни и т.д. К реакциям в форме самоубийства способны не только больные и болезненные, но и здоровые души, совершенно нормальные по своим качествам и эмоциям».

Доминирование психологических факторов в причинной обусловленности суицидального поведения отмечал также и выдающийся русский физиолог И. П. Павлов. Он объяснял самоубийство утратой «рефлекса цели». В связи с этим он писал: «Рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас. Жизнь только для того красива и сильна, кто всю жизнь стремится к постоянно достигаемой, но никогда недостижимой цели, или с одинаковым пылом переходит от одной цели к другой... Наоборот, жизнь перестает привязывать к себе, как только исчезает цель. Разве мы не читаем весьма часто в записках, оставленных самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна. Конечно, цели человеческой жизни безграничны и неистощимы. Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него происходит чаще всего мимолетное и только гораздо реже продолжительное задерживание, торможение, как мы, физиологи, выражаемся, рефлекса цели». И. П. Павлов категорически отвергал мнение о том, что все лица, совершившие суицидальное действие, являются душевнобольными.

Уже в начале XX века такие ученые как Бехтерев В.М., Кони А.Ф., Михайловский Н.М., Острогорский А.Н., М. Я. Феноменов, стоявшие у

истоков российской суицидологии, отмечали, что большинство самоубийств обусловлено влиянием процессов межличностного взаимодействия, заложив основу психологического поиска в мотивационной сфере человека. Проблеме мотивации посвящены многочисленные исследования психологов многих поколений. В 1914 году была опубликована работа М. Я. Феноменова «Причины самоубийств в русской школе». Она интересна тем, что автор четко разводит понятия причины и мотива. Причины, в отличие от мотивов, как правило, не осознаются суицидентом, они объективны, мотивы осознаются и, как правило, принимаются за причину, они субъективны.

Наиболее известной и принятой классификацией мотивов суицидального поведения является разделение их на интерперсональные и интраперсональные.

Интерперсональные мотивации понимаются как стремление посредством суицидального поведения вызвать определенные действия со стороны другого лица (лиц), или вызвать изменение отношения других, либо то и другое одновременно. Таким образом, суицидальное поведение в этих случаях можно рассматривать как средство влияния, убеждения, принуждения, манипулирования, изменения, доминирования, стимулирования или восстановления отношений. *Интраперсональные* мотивации формируются в тех случаях, когда связь с другими людьми уже нарушена. Суицидальные действия направлены на обеспечение внутренних нужд. Имеется ощущение одиночества, собственной бесполезности и никчемности, вины. Важным фактором, формирующим этот мотив, является стремление поддержать психологическую «целостность» и самоуважение, используя для этого любые средства вплоть до самоуничтожения. Признается, что эти мотивы в некоторых случаях могут в равной мере присутствовать в суицидальном поведении.

Российский юрист XIX – XX в. в. А. В. Лихачев писал, что число индивидуальных мотивов не ограничено, потому что всякое неудовлетворенное желание человека, всякое стремление, встретившее существенные препятствия, может служить эпилогом самоубийства (1882 г.). В дальнейшем исследования ВОЗ показали, что существует около 800 мотиваций суицида.

Наряду с мотивацией в рамках психологического направления проводились исследования личностных особенностей покушавшихся на собственную жизнь. Было изучено и выявлено множество различных особенностей суицидентов, разработано достаточное количество специальных тестовых методик и шкал, способных определить степень суицидального риска по тем или иным факторам. Однако ученые заметили, что, чем больше факторов вступает в корреляции, тем ярче вырисовывается некий статистический шаблон, замещающий конкретного человека с его индивидуальной «ценой» каждого фактора в зависимости от неповторимо складывающейся ситуации. Поиск личностных составляющих

психологического «портрета» суицидента с помощью различных тестовых методик к желаемому результату не привел.

Психологические концепции суицидального поведения первой половины XX века, представленные в психологическом подходе, имеют те же ограничения, что и психопатологическая, антрополого-морфологическая и социологическая концепции суицидального поведения. В них, как и в предшествующих концепциях делалась попытка свести все многообразие просуицидальных факторов к одной причине.

Анализ источников показывает, что исследования суицидального поведения в рамках психологического направления не ставили и не ставят перед собой задачу выработки единой суицидологической теории. Напротив, виднейшие представители психологической науки еще на рубеже веков признали мультифакторность и полиэтиологичность проблемы самоубийств. Между тем непрекращающиеся исследования в этой области и развитие самой психологии позволили ей по праву занять центральное место в осмыслении и успешной профилактике суицидального поведения.

Интегративный (междисциплинарный) подход.

С начала столетия XIX до сегодняшнего дня в исследовании суицидального поведения было сделано много важных эмпирических наблюдений, выявлены определенные закономерности его формирования, освещены некоторые медицинские, психологические и социологические аспекты. Этот период отчетливо обнаруживает движение теоретической мысли от поисков единственной и основной причины всех самоубийств к уяснению полиэтиологии суицидального поведения, его многофакторной природы. Поиск одного наиболее важного в прогностическом отношении признака в XIX – начале XX в. в. суживал понимание всего разнообразия феноменологических особенностей и мотивов суицида.

Заметное увеличение численности самоубийств, наблюдавшееся в России в пореформенные периоды 70-90 г. г. XIX в. и после 1905 г. способствовало тому, что необходимость объединить усилия в деле изучения и профилактики самоубийств начинала осознаваться не только как нравственно-этическая, но и как научно-организационная задача. На рубеже XX-го столетия большинством прогрессивных ученых исследования суицидального поведения были обращены в сферу его профилактики. Эта сохраняющаяся уже более столетия тенденция и обусловила стратегическое направление научного поиска – исследование причин, условий и факторов суицидального поведения с целью эффективного его предупреждения.

Междисциплинарный подход в суицидологии стал складываться приблизительно с 20-х – 30-х годов XX-го столетия. Во многом это было связано с изменением научных взглядов на причинные факторы и генез суицидального поведения. В наше время очевидно, что практически невозможно исследовать любой поведенческий акт, в том числе и суицидальное поведение, лишь в одной плоскости: психиатрической, психологической, антрополого-морфологической или социальной. Однако,

то, что кажется очевидным для специалистов в наши дни, было предметом для многочисленных научных и околонаучных споров в сравнительно недавнем прошлом.

Еще в 1893 году известный немецкий психиатр Э. Крепелин заявлял, что суицид может явиться результатом комплекса факторов, а на долю психических заболеваний приходится лишь около 30% самоубийств. У истоков формирования российской интегративной методологической концепции в исследовании самоубийств стояли Бехтерев В. М., Сикорский И. А., Кони А. Ф., Новосельский С. А., Острогорский А. Н., Феноменов М. Я. и др. Взгляды этих ученых отличались прогрессивностью методологических позиций, заключавшихся в широте охвата проблемы, разнообразии предлагаемых инструментальных приемов, адекватности профилактической ориентации. К выводу о необходимости комплексного изучения самоубийств пришли в своих статистических исследованиях известные ученые Бернацкий В. А., Прозоров Л. А. и др.

В. М. Бехтерев, отвергая, как крайнюю, точку зрения о душевной болезни суицидентов, отрицал и другую крайность: отнесение суицида к поступкам абсолютно здоровой личности. Он считал, что преобладающему числу самоубийств предшествует «угнетающий аффект», как особое психическое состояние. В своем докладе «О причинах самоубийств и возможной борьбе с ними» на I Съезде Русского Союза Психиатров и Невропатологов в 1911 году В. М. Бехтерев выдвинул комплексную программу профилактики самоубийств. Считая крайней точку зрения, по которой самоубийство отождествляется с душевной болезнью, он в то же время отрицал и другую крайность: отнесение суицида исключительно к поступкам психически здоровой личности. Русские психиатры И. В. Попов, Г.И. Гордон, Л.А. Прозоров также считали, что расстройство психики может быть причиной самоубийства лишь в ограниченном числе случаев.

М. Я. Феноменов, освещая проблему причин самоубийства, предлагал разграничивать их на *предрасполагающие* и *ближайшие*. Так, алкоголизм может быть определен как предрасполагающая причина, состояние опьянения – это ближайшая или «случайная» причина (толчок). От причин следует отличать мотивы самоубийства. Причин самоубийства сам самоубийца может и не осознавать, мотивы же всегда сознаются им, «иначе мы не можем называть их мотивами». Поэтому ни душевные, ни физические болезни, ни алкоголизм не могут быть названы мотивами самоубийства сами по себе, за исключением ситуаций, связанных с их психогенным влиянием.

М. Я. Феноменов разделяет все самоубийства по той или иной комбинации предрасполагающих причин, толчков и мотивов на три группы:

1. Самоубийства, при которых предрасполагающие и ближайшие причины патологического характера выступают как вполне достаточные основания для объяснения самоубийства. Случайные причины и мотивы не играют здесь никакой или почти никакой роли. Таковы самоубийства душевнобольных.

2. Самоубийства, когда причины патологического характера (нервное расстройство, физическая болезнь) не могут полностью его объяснить. Ближайшие причины социального характера (неудачи, катастрофы) имеют здесь важное значение. Мотивы могут играть некоторую роль, хотя и меньшую, чем им придает воображение самоубийцы. Таким образом, в данном случае патологические причины комбинируются с причинами социальными и, кроме того, играют некоторую роль осознаваемые мотивы.'

3. Самоубийства, в которых предрасполагающие причины патологического характера не играют никакой или почти никакой роли. Важнейшее значение здесь имеют причины социального характера, т. е. жизненные катастрофы, трагедии и неудачи. Мотивы по большей части являются и действительными причинами самоубийства. Это самая маленькая в количественном отношении группа.

По мнению автора, в статистике того времени не проводилось различий между предварительным анализом причин и мотивов и окончательным определением причин. Когда анализируется суицид, то необходимо разграничение предрасполагающих и случайных причин и мотивов суицидального поведения.

Аналогичной точки зрения придерживался и А. Н. Острогорский. В своей работе «Самоубийства как психологическая проблема» (1893) он подчиняет задачу изучения суицидов профилактическим целям, проведя глубокий психологический анализ этого явления. Он отмечал, что, исследуя самоубийство, необходимо различать причины и поводы. «Повод – это последний толчок, причины – это нечто более общее, лежащее в самом человеке; не будь причины, повод не был бы поводом». Далее он отмечал, что причина – это не всегда болезнь, причина – «это особое состояние души, утратившей равновесие, растерявшейся, выбившейся из колеи». «Поводами могут быть всякие случайности: обида, разрушение планов и надежд и многое другое». «Поводы к самоубийствам ... сами по себе не заключают чего-либо, что неминуемо влекло бы за собою наложение на себя рук. Только тогда, когда они действуют на человека, своею расшатанною психической личностью образующего благоприятную почву, они влекут за собой печальные последствия».

А. Н. Острогорский считал, что социальные факторы могут действовать решающим образом, когда для этого есть предрасполагающие данные в самой личности. Он также выделил отсутствие взаимопонимания между детьми и родителями как суицидогенный фактор. «Дети растут, вызывая недоумение в родителях только при каких-либо катастрофах: исключении из заведения, проявлении своеволия, побега, самоубийства», – с горечью замечал он.

Другой российский исследователь суицидального поведения профессор Сикорский И. А. также отмечал многофакторность этого явления. Так как большинство суицидентов психически нормальные люди, он пришел к выводу, что самоубийство как явление находится в большей степени в компетенции психологии. Среди причин, формирующих суицидальное

поведение, он выделяет одиночество, чувство вины, окружающую индивида атмосферу бездушия и отсутствие человеческого тепла. Большое влияние на формирование суицидального намерения, по его мнению, оказывают психологические кризисы, вызванные недостатками социализации. Это особенно характерно для молодых людей. Описываемые им формы и методы работы с суицидентами относятся к разряду психолого-педагогических приемов, ориентированных на социальную адаптацию этих людей.

Бехтерев В. М., Острогорский А. Н., Сикорский И. А. и др. указывали на *обратимость процессов*, формирующих суицидальное поведение *на каждой стадии его развития*. В. М. Бехтерев отмечал, что потребность в самоуничтожении у подавляющего большинства людей является лишь временной, «неудавшаяся попытка уже вновь возвращает инстинкт жизни и заботу о ней». В подтверждение этому служит высказывание Вольтера: «Тот, кто не может пережить приступ меланхолии и убивает себя сегодня, захотел бы жить, если бы у него хватило терпения подождать». Данная позиция легла в основу современных представлений о самоубийстве как психическом феномене, с одной стороны, а, с другой, определяла возможность и необходимость ранней диагностики в деле профилактики этого явления.

Несмотря на прогрессивность и перспективность интегративной методологической тенденции исследования самоубийств в Советском Союзе до 1926 года носили фрагментарный и несистемный характер. В середине 20-х годов в Москве и Ленинграде было создано несколько комиссий по исследованию суицидального поведения, куда входили представители различных научных отраслей. Исследования проводились во всесоюзном масштабе в различных общественных слоях и институтах. Однако уже в 30-е годы работа комиссий была прекращена из вульгарно толкуемых идеологических соображений – социальные предпосылки устранены, поэтому самоубийство является результатом психической патологии, находящейся в ведении психиатров.

Между тем, уже с первых шагов комплексных исследований было признано, что самоубийство – это, с одной стороны, явление социальной жизни отдельных индивидов, не имеющее статуса фатальной предопределенности, а с другой, оно происходит в определенных ситуациях на жизненном пути человека. Следовательно, его необходимо и возможно предотвратить как в отдельно взятом случае, так и в рамках жизнедеятельности различных человеческих общностей.

Было определено, что суицидальный акт есть не что иное, как акт поведенческий, присущий человеку, им исполняемый. Следовательно, в нем обязательно в той или иной мере отражается своеобразие духовного мира человека, принципы, понятия, которые были ему свойственны. А тем самым через духовный мир человека проявляют себя и социальные факторы, его формирующие. Иными словами, в самоубийстве – его способе, деталях, нюансах, мотивах, ему способствовавших, – отражаются и жертва и общество, в котором она жила и из которого вынуждена была уйти.

Совершению самоубийства предшествуют факторы, толкающие человека на это. Чаще всего (если речь идет о психике нормальных людей) это сложное сочетание психотравмирующих воздействий самого различного характера и самых различных сочетаний, которые, интегрируясь со своеобразием психических свойств и состояний конкретного человека, обуславливают степень и качество травматизации.

В реализации задач эффективной профилактики суицидов интегративный подход стал ведущим во всем мире. Анализ концептуальных позиций в рассмотрении проблемы суицидального поведения показал, что любая концепция, ориентированная на профилактику, в своих положениях учитывает: понятийно-категориальный аппарат, используемый специалистами; социально-психологические особенности популяции; диагностико-коррекционные возможности.

1.2. Современные теоретические модели суицидального поведения.

Осознание остроты проблемы суицидального поведения, ее трагического характера и антигуманной сущности, а также тенденций к еще более широкому распространению суицидов в мире привели к углубленному изучению этого явления в целом ряде стран и к поискам средств антисуицидальной превенции. Одним из главных по степени значимости вопросов любой суицидологической концепции является вопрос о том, что представляет собой суицидальное поведение. От характера решения данного вопроса зависит успешность решения прикладных задач современной суицидологии. Можно сказать, что наиболее важными проблемами, привлекающими внимание всех авторов концепций и исследователей в этой области, являются:

- причины самоубийства;
- факторы риска (социально-демографические, биографические, психопатологические, психологические и социально-психологические, биологические;
- превенция, интервенция и поственция суицида.

Развитие суицидологических концепций привело к созданию междисциплинарной научной отрасли – суицидологии, в которой суицидальное поведение рассматривается в качестве сложного феномена, являющегося следствием влияния разнообразных просуицидальных и антисуицидальных факторов, имеющих разноуровневую систему организации. Как и всякая новая область исследования, суицидология имеет множество нерешенных вопросов, разработка которых должна осуществляться на стыках различных наук, а также науки и практики.

По мере развития междисциплинарного подхода в суицидологии стало ясно, что поведение человека, в том числе и суицидоопасное, носит сложный, биосоциальный, опосредованный собственной психической активностью

индивида характер и в силу этого не может определяться одной приоритетной причиной. Поэтому начался активный поиск и выделение тех причин, которые могли оказывать комплексное воздействие на развитие суицидоопасного поведения.

Суицидология XX века развивалась в основном под влиянием идей социолого-статистического и психологического направлений и связана с именами таких ученых как Н. Фарбероу, Э. Шнейдман, Н. Крейтман (США), Э. Штенгель (Великобритания), Э. Рингель (Австрия), Ж. Субрие (Франция), А. Г. Амбрумова (СССР), Д. Вассерман (Швеция) и других. Развитие современных знаний еще раз убедительно показало многофакторность явления суицида, а следовательно, необходимость комплексности и системности в деле его профилактики. Современная суицидология представляет собой комплексную дисциплину, объектом изучения которой является суицидальное поведение во всем диапазоне его проявлений: от антивитальных переживаний до акта самоубийства. Важнейшей задачей суицидологии является превенция суицидального поведения на всех стадиях развития суицидальной тенденции. Комплексный подход подразумевает привлечение специалистов разного профиля: психиатров, психотерапевтов, психологов, социологов, социальных работников, социальных педагогов и других.

Реальное становление суицидологии как комплексной мультидисциплинарной отрасли произошло в середине XX в. В 50–60-е годы во всем мире был отмечен значительный рост числа самоубийств. Это вызвало новую волну исследований в этой области. Сегодня – это интенсивно развивающаяся отрасль теоретических и прикладных знаний, использующая достижения многих научных дисциплин и активно взаимодействующая с ними (психиатрией, психологией, юриспруденцией, социологией и другими науками).

Во многих странах мира в настоящее время предпринимаются попытки систематизации суицидологических исследований с целью выработки эффективных профилактических мер. Современные теоретические модели суицидального поведения представляют собой не противоречащие друг другу, а взаимодополняющие позиции исследователей, раскрывающие как мультифакторность и полиэтиологичность этого явления, так и подходы, повышающие эффективность его профилактики.

Необходимо отметить, что современные суицидологи среди причин самоубийства ведущее место уделяют психологическим. Так, крупнейший суицидолог XX века Э. Шнейдман утверждал, что «...при тщательном анализе этого явления главной остается его психологическая природа. Иными словами в каждой суицидальной драме действие происходит в душе уникального человека». По мнению Э. Шнейдмана, встречается много бессмысленных смертей, но никогда не бывает немотивированных самоубийств, любой суицидальный поступок отражает ту или иную неудовлетворенную психологическую потребность.

Э. Шнейдман предложил оригинальную типологию суицидов, включающую три формы: эгоистическое самоубийство (интрапсихический диалог, конфликт между различными частями «Я»), диадическое самоубийство (фрустрация потребностей, связанных со значимым близким человеком) и агенеративное самоубийство (утрата чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом).

Э. Шнейдман также выделял четыре типа суицидентов: искатели смерти, инициаторы смерти, отрицатели смерти и игроки со смертью. **Искатели** – это люди, имеющие во время совершения суицидальной попытки твердое намерение покончить с собой. **Инициаторы** – самоубийцы, уверенные в неизбежности достаточно скорой смерти, а совершаемый ими акт самоубийства только ускоряет этот процесс (суициды неизлечимо больных людей). **Отрицатели** смерти руководствуются во время самоубийства сложными соображениями (религиозного или иного характера), смысл которых определяется возможностью более счастливого существования в ином мире или в иных формах жизни. Сюда могут быть отнесены некоторые детские самоубийства, добровольные уходы из жизни представителей различных религиозных сект, отдельные суициды психически больных и других групп суицидентов. **Игроки** со смертью обнаруживают противоречивость и двойственность чувств по отношению к необходимости собственной смерти. Классический пример – «русская рулетка» (выстрел в себя из револьвера, наугад заряженного одним патроном).

Проведя исследование предсмертных записок, Э. Шнейдман, выявил особенности психического состояния суицидентов накануне совершения суицида. Это состояние характеризуется отрешенностью от прошлого, чувством духовной пустоты и, главное, концентрацией внимания на мысли о предстоящем самоубийстве, что исключает возможность анализировать противоречивые детали его драмы. Позднее это было названо «туннельным сознанием».

Э. Шнейдман на основе богатейшего личного опыта работы с суицидентами описал предвестники самоубийства и выделил десять общих психологических черт суицида:

- Общей целью суицида является нахождение решения.
- Общая задача суицида состоит в прекращении сознания.
- Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная боль).
- Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
- Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность.
- Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.

- Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
- Общим действием при суициде является бегство.
- Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.
- Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения».

Все общие черты самоубийства, по мнению автора, относятся к *самоубийству вообще*, вне зависимости от пола, возраста, этнической принадлежности, психиатрического диагноза и других обстоятельств и характеристик суицидального поведения. Как пишет Э. Шнейдман, эти черты помогают понять личность самоубийцы и причины, заставившие его совершить этот поступок. Эти черты, писал Э. Шнейдман, «отмечаются, по крайней мере, у 95 из 100 лиц, совершивших суицид, и касаются мыслей, чувств или форм поведения, наблюдаемых почти в каждом случае самоубийства».

Другой американский суицидолог, соавтор Э. Шнейдемана по книге «Приметы самоубийства», Н. Фарбероу расширил представление о суицидальном поведении и его психологических аналогах, введя термин «непрямое саморазрушение». К нему он относил такие феномены, как алкоголизм, курение, наркомания, делинквентные поступки, пренебрежение врачебными рекомендациями, «трудоголизм», безудержный азарт, неоправданная склонность к риску и т. д. Отрицательное воздействие упомянутых форм поведения на человека проявляется как в минимальных, так и в максимальных вариантах (крайняя степень последнего – смерть). Непрямое саморазрушение отличается от прямого суицида двумя моментами: протяженностью во времени и неосознанностью его последствий. Резюмируя, можно сказать словами Э. Шнейдемана: «смерть приближается из-за неосторожности, опрометчивости, безрассудства, забывчивости человека или вследствие других сходных психологических механизмов».

В работах Э. Шнейдемана и Н. Фарбероу факт суицида трактуется как своеобразный призыв к окружающим, «крик о помощи». Именно потребность суицидента в живом человеческом участии, готовность принять предлагаемую ему помощь служат основанием для возможности организовать профилактику самоубийств. В этом и состоит гуманистическая сущность суицидологической превенции.

Другой суицидолог М. Фарбер определяет самоубийство как «сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни». Его уточнение о «быстроте» определяет необходимость, отделить собственно суицид от суицидального поведения, к которому относятся, например, выбор сопряженной с риском профессии или увлечения, наркомания, алкоголизм, курение, и даже несоблюдение диеты.

Теоретическая модель М. Фарбера формулируется следующим образом: частота самоубийств в популяции прямо пропорциональна

количеству индивидов, отличающихся повышенной ранимостью, и масштабу лишений, характерных для этой популяции.

В виде общей формулы эта закономерность выглядит как:

$S = f(V, D)$, где

S – вероятность самоубийства;

f – функция;

V (vulnerability) – повышенная ранимость;

D (deprivation) – масштаб общественных лишений.

Наиболее вероятен суицидальный исход, когда легко ранимый человек оказывается в экстремальном положении ($V = \text{maximum}$, $D = \text{maximum}$). Бывают случаи суицида и тогда, когда человек с достаточно устойчивой психикой оказывается в невыносимо тяжелой общественной ситуации ($V = 0$, $D = \text{maximum}$). Если же величина V очень велика, то для побуждения к самоубийству объективных лишений может и не понадобиться ($V = \text{maximum}$, $D = 0$). Таким образом, вероятность самоубийств может возрастать в следующих случаях: во-первых, когда ранимый человек оказывается в экстремальной общественной ситуации, и, во-вторых, если индивид обладает очень высокой ранимостью.

Другой автор, один из ведущих суицидологов современности, канадский психолог А. Линарс, на основе проведенных исследований достаточно полно раскрывает особенности переживаний и состояний суицидента. К таким особенностям он относит следующие:

- Суицидент испытывает чувство, что он (она) переживают невыносимую психическую боль.
- Суицидент чувствует безнадежность и беспомощность перед травмирующим событием.
- Суицидент испытывает трудности во взаимоотношениях с другими людьми, что ведет к фрустрированию его потребности в других людях.
- Суицидент обращает на себя даже импульсы гнева (в том числе и гомицидные) по отношению к другому.
- Суицидент обладает пониженными способностями приспосабливаться к трудностям.
- Суицидент затрудняется в прямых коммуникациях. Это связано с бессознательными элементами психики.
- Суицидент идентифицирует себя с другим, не отвечающим на его эмоциональную потребность, что приводит к психологической боли.
- Суицидент имеет хроническую историю потерь и неудач.
- Суицидент демонстрирует невысокие способности развивать конструктивные и зрелые тенденции в собственной личности.
- Суицидент обнаруживает ригидность мышления (*от лат. rigidus – жесткий, твердый* – негибкость мотивационной сферы, застревание аффективных переживаний, трудности перестройки восприятия и представлений в изменившейся ситуации), его узкий фокус и невозможность выработки альтернативы по отношению к суициду.

Другой подобный вариант характеристики состояний суицидента был предложен известным исследователем депрессии американским психотерапевтом, профессором психиатрии А. Беком. По мнению А. Бека, Суицид связан с депрессией. Критическая связь между ними – чувство безнадежности. Безнадежность, определяемая в терминах негативных ожиданий, представляет собой критический фактор суицида.

Суицидент видит самоубийство как единственно возможное решение его неразрешимой ситуации. Он рассматривает будущее негативно и часто нереалистично и ожидает больших страданий, большей фрустрации и депривации. Суицидент видит также и себя негативно и нереалистично (как неизлечимого, беспомощного). Критика по отношению к себе, чувство вины и сожаления связаны с низкой самооценкой.

Суицидент рассматривает себя как лишённого чего-то. Возникают мысли о покинутости, ненужности и материальной необеспеченности. Эти мысли окружающие могут подвергать критике, но он расценивает их как единственно верные. Мысли суицидента часто протекают автоматически, без его воли, и часто обнаруживают когнитивные искажения (не связанные с психической патологией): ничего, никогда, всегда, чрезмерное обобщение или минимизация, неправильное понимание, селективное абстрагирование, негативные предубеждения.

Аффективная реакция суицидента пропорциональна его оценке ситуации независимо от того, какова реальная интенсивность события. Вне зависимости от характера аффекта (тревога, грусть и др.) искажение ситуации связано с когнитивной оценкой. Считая себя безнадежным, суицидент старается избежать ситуации с помощью смерти.

Другие теории суицида обнаруживают большее влияние социального фактора, в частности фактора, связанного с социальным научением. Так, социолог Р. Марис в формировании риска суицидального поведения («суицидальной карьеры») определяет восемь значимых ключевых «узлов»: 1) возраст, пол и развивающийся застой – stagnation; 2) ранняя травма; 3) изоляция, негативное взаимодействие и сексуальные отклонения; 4) служебная карьера; 5) алкоголь, наркотики и соматические заболевания; 6) депрессия и беспомощность; 7) религиозный фактор; 8) летальность метода. Пристальное внимание в развиваемой концепции Р. Марис отводит копинг-фактору (от *англ.* coping – преодоление). Его положения основываются на том, что поведение человека складывается из усвоенных ранее моделей и образцов реагирования на жизненные обстоятельства. Неудачный опыт приспособления или преодоления той или иной ситуации, связанный с деструктивными способами адаптации, особенно незавершенными суицидальными попытками, определяет имеющийся опыт аутодеструктивного поведения в дальнейшем. Р. Марис считал, что системная теория суицида должна включать четыре широких компонента: личностный, социальный контекст, биологические факторы и биографические, включая «суицидальную карьеру».

Представитель социально-психологического направления в суицидологии американский психотерапевт Д. Лестер также важнейшее значение придает различным видам социальных влияний, испытываемых суицидентом в процессе его социализации, начиная с самого раннего детства. Хотя, в целом, по его мнению, для суицидентов характерна недостаточная социализация. Само суицидальное поведение рассматривается Д. Лестером как сформированное в процессе социального научения, усиливающееся и поддерживающееся окружением суицидента. Суицид может быть манипулятивным актом. Он поддерживается и закрепляется другими. Для суицида критическим является переживание наказания в детском возрасте в процессе его воспитания, когда суицидент учится подавлять гетероагрессию и обращать ее на себя. Суицидальные мысли представляют собой стимул с последующим ответом в виде суицида. Когниция (*от лат.* – знание) может выступать как усилитель или закрепитель этого акта. В очень большой степени с суицидом связана депрессия, особенно ее когнитивный компонент. Суицидальная тенденция может быть усилена либо закреплена многими факторами окружения: субкультуральными нормами, влиянием телевидения, половыми предпочтениями определенной линии поведения, суицидами людей, значимых в жизни суицидента, семейным и другим окружением и культуральными паттернами.

В другой социально-психологической теории К. Жирара самоубийства объясняются в терминах «социальной идентичности». Когда значимые для индивида элементы «Я-концепции» подвергаются угрозе, самоубийство становится, с одной стороны, единственным выходом из сложившейся жизненной ситуации, а с другой – символическим знаком того, что «Я-концепция» разрушается. Повышенный риск самоубийств среди молодежи связан, по мнению К. Жирара, с резкой актуализацией в этом возрасте потребности в достижениях, культивируемой развитым обществом.

Многие суицидологи считают, что основным критерием выделения самоубийства из всех аутоагрессивных действий является наличие осознанного намерения прекращения жизни. Однако степень осознания этого намерения может существенно различаться: от ясно осознаваемой цели покончить жизнь самоубийством (с возможной борьбой суицидальных и антисуицидальных тенденций) до импульсивного акта или аффективного состояния, в рамках которых возникновение действий, направленных на самоубийство, может не в полной мере осознаваться субъектом. Проблема самоубийства не является узко психологической. Она находится на пересечении различных областей знаний о человеке.

Выявление причин суицидального поведения в значительной степени зависит от той области, с позиций которой изучается данный феномен. Начиная со второй половины XX века в ряду теоретических концепций самоубийства начинает все активнее звучать биологическая точка зрения, в соответствии с которой определяются генетические, физиологические и биохимические параметры жизнедеятельности организма, которые могут

играть роль в генезе суицидального поведения и выступать как его предикторы. Биологическая основа суицидальности представляет большой интерес, поскольку предоставляет возможности для объективной трактовки этого явления как формы поведения человека. Поэтому в многочисленных исследованиях делаются попытки нахождения генетических и биохимических коррелятов, способных выступать в качестве факторов предсказания возможности самоубийства.

В настоящее время в понимании суицида большую популярность приобрели две концепции – психо-социальная концепция Д. Вассерман и концепция биологической предрасположенности к суициду Дж. Манна. Согласно модели Дж. Манна, имеется некая предрасположенность к самоубийству – суицидальный диатез (*от др.-греч.* – склонность, склонность или уязвимость). В эту конституциональную предрасположенность вносят свой вклад как генетические наследственные факторы, так и приобретённая восприимчивость. Согласно данной модели предрасположенность к суицидальному поведению является решающей детерминантой, она определяет, произойдёт ли под влиянием стресса манифестация суицидальности как результат, например, острого психического или соматического заболевания, чрезмерного употребления алкоголя и наркотиков, тяжёлых социальных проблем и семейных кризисов.

В истории изучения проблемы суицидального поведения отмечаются неоднократные попытки создания *биохимической* модели суицидального поведения, например, гипотеза о влиянии снижения уровня серотонина на формирование суицидального поведения. Исследования связи нарушений обмена серотонина и суицидальности начались еще в 60-х годах XX века, когда было замечено снижение уровня серотонина в стволовых структурах и ткани мозга у самоубийц. В ряде исследований было показано, что люди с низкой активностью серотонина после неудавшегося самоубийства в 10 раз чаще повторяли суицидальную попытку, чем суициденты с большей активностью серотонина. Среди лиц с низким уровнем серотонина 40 % пытались совершить самоубийство. Исследования других авторов привели к выводам, что у людей, страдающих депрессивным расстройством, низкий уровень серотонина может приводить к агрессивным и импульсивным поступкам, которые обуславливают суицидальные мысли и действия. Но и вне депрессии низкий уровень серотонина способствует возникновению агрессивных и аутоагрессивных тенденций, что делает этих людей опасными для себя и окружающих.

Одна из принятых в мире современных концепций шведского суицидолога Д. Вассерман представляет собой расширенный контекст модели стресс-диатеза (стресс-уязвимости). В ее модели учитываются следующие факторы:

- генетическая, нейробиологическая и биохимическая предрасположенность;

- роль стресса в проявлении генетической, нейробиологической и биохимической предрасположенности;
- роль факторов окружающей среды;
- роль личности и когнитивного стиля суицидента;
- влияние окружающих людей на исходы суицидоопасных состояний;
- антисуицидальные и просуицидальные факторы.

Поэтому ее концепцию можно назвать био-психо-социальной. Она ориентирована на изучение связи между биологическими, психологическими, социо-культурными факторами и факторами внешней среды. В концепции представлена многоуровневая детерминация формирования суицидальной тенденции. Согласно этой модели, на суицидальный процесс (который включает суицидальные мысли, суицидальные заявления, суицидальные попытки и завершённый суицид) воздействуют факторы риска и протективные факторы, а также факторы социальные, имеющие стрессогенный характер для личности потенциального суицидента. От соотношения этих факторов, а также от способности сопротивляться стрессу зависит вероятность суицидальных действий. Стресс-уязвимость является ключевым моментом данной модели.

Стресс-уязвимость зависит, прежде всего, от нейроэндокринных механизмов. Это во многом определяются взаимодействием медиаторных биохимических секретов в головном мозге. Наибольшее отношение к их формированию и патологическому усилению имеют, прежде всего, нейромедиаторная система.

Известно, что нейромедиаторы (серотонин, норадреналин, дофамин и др.) синаптических связей мозга участвуют в регуляции физических и физиологических функций человека. Эксперименты показали, что они опосредуют качественную характеристику практически всех психических процессов. Настроение, эмоции и когнитивные функции находятся под влиянием всех трех нейромедиаторов, которые состоят в сложном взаимодействии. Таким образом, достаточно воздействовать на функцию одного из них, чтобы достичь эффекта и в других системах. По утверждению Д. Вассерман, связь между состоянием серотонинергической системы и суицидальным поведением, а также взаимосвязь между изменениями в ней и предрасположенностью к суицидальному поведению практически доказана.

Но эта связь не прямая, а опосредованная. Серотонинергическая система мозга имеет непосредственное отношение к формированию депрессивных состояний и также опосредованно имеет отношение к импульсивности и различным проявлениям агрессивности. Роль же норадреналина и дофамина в суицидальном поведении остается пока малоизученной.

Предпосылкой нормального функционирования мозга и, соответственно, психического состояния, является баланс между различными нейромедиаторными процессами. Недостаток сна, сезонные изменения длительность светового дня, злоупотребление алкоголем и наркотиками, а также неадекватный пищевой рацион оказывают воздействие на уязвимость

человека (диатез), поскольку эти факторы влияют на синтез нейромедиаторов и их функции.

Эффект особенностей социализации «накладывается» на генетический фон и в том числе на систему серотониновой медиации. Серьезные травмы вследствие утрат и лишений в детстве способны как бы «переустанавливать» серотонинергические функции; этот эффект является долговременным и может обуславливать повышенный суицидальный риск в дальнейшей жизни. Ранняя травма оказывает влияние на характер реагирования «психонейрогормональных» систем мозга на психические и социальные стрессы в дальнейшей жизни. У детей, подвергшихся длительному стрессу и травме, новый стресс может нарушить весь ряд биологических реакций. В результате психической травмы исходно незатронутые функции мозга могут подвергаться изменениям.

Острый и хронический стресс, вызванный повторными тяжелыми обстоятельствами в жизни (личностные кризисы, психические травмы, острые соматические и психические заболевания, злоупотребления психоактивными веществами, запугивание или насилие, издевательства в школе, семье или на работе и т.п.), ведут к изменениям концентрации норадреналина. В свою очередь, эта система оказывает влияние на дофаминовую и на серотониновую системы, в результате чего возникает нарушение равновесия между различными системами нейромедиации, а человек испытывает сильную тревогу, злость, печаль, отчаяние, безнадежность и т.п. Повторные и продолжительные травмы делают его более уязвимым, ослабляя его способность преодолевать последующие негативные события жизни.

Как утверждает Д. Вассерман, стресс лишает людей с суицидальными тенденциями способности к использованию адекватных стратегий совладания (копинг-стратегий). Например, в результате стресса, вызванного экзаменом, студенты могут забыть все, что знали. Но как только экзамен остается позади, они успокаиваются и внезапно вспоминают все, что следовало бы ответить. Это же относится и к людям с суицидальными тенденциями. В стрессовой ситуации их способности действовать существенно снижаются. Если же они были невелики изначально вследствие врожденной ранимости и дополнительно приобретенной в детстве повышенной чувствительности, то в случае новой стрессовой ситуации в дальнейшем такие люди будут испытывать недостаток возможностей для приспособления к жизни. Суициденты чувствуют, что они достигли точки, откуда нет возврата, и теряют способность к взвешенному обдумыванию своей жизни. Эти люди начинают использовать негибкую и ригидную стратегию.

С точки зрения Д. Вассерман генетическая наследственность является важной, но не означает роковой неизбежности. Биологическая уязвимость (врожденный признак, обусловленный генетическими факторами) у некоторых людей усиливается, если человек растет и развивается в

неблагоприятной психологической обстановке. Аналогичные события могут произойти и в зрелом возрасте. Когда ранимый человек воспринимает окружающую среду как чрезмерно стрессовую, не может справиться с внешним стрессом, давление которого становится слишком тяжелым, можно прогнозировать появление у него тревоги, депрессии, чувства безнадежности и серьезных суицидальных мыслей с кульминацией в форме самоубийства.

Д. Вассерман, опираясь на результаты современных исследований утверждает, что ни один человек не предрасположен к самоубийству как к фатальной неизбежности, мозг способен к регенерации и восстановлению, центральная нервная система не является неизменной. Центральная нервная система развивается в течение жизни в результате постоянного взаимовлияния между генетической основой и тем, что человек приобретает в контакте с окружающей средой. В конечном счете, эти процессы могут привести к тому, что психосоциальные воздействия повысят устойчивость людей к стрессу и снабдят их лучшими возможностями влияния на собственное благополучие.

Исследования Д. Вассерман показывают, что большинству суицидальных действий предшествуют процессы различной длительности с индивидуальной динамикой. Обычно суицидальный процесс длится месяцами, однако у некоторых он продолжается более года. Суицидальное поведение имеет свою предысторию, и текущий процесс является продолжением постепенного нарастания серьезности суицидального поведения, с усталости от жизни до желания умереть, от суицидальных мыслей до попыток и завершеного самоубийства. У молодых людей с адаптационными расстройствами продолжительность процесса может составить несколько дней или недель. Склонность к суициду может быть острой, хронической или латентной. Мысли о самоубийстве могут совсем отсутствовать на протяжении длительного времени, но в случае нового стресса возникают вновь.

Требования современной науки таковы, что, пока не будет найдено однозначного объяснения интересующему явлению, необходимо учитывать и проверять любую мало-мальски научно обоснованную гипотезу или точку зрения. В связи с этим, в современной суицидологии существуют и менее популярные в среде ученых-суицидологов концепции. Так, например, есть точка зрения, что самоуничтожение имеет инстинктивную природу, связано с эволюционным механизмом естественного отбора, т. е. механизмом освобождения от неполноценных, болезненных особей. Другая подобная концепция связывает суицид с открытым в конце XX века феноменом *апоптоза* – *запрограммированной клеточной смерти* или так называемом *клеточном самоубийстве*. Однако остается совершенно очевидным, что поиск биологических детерминант суицидального поведения находится пока на раннем этапе становления и не выдерживает критики со стороны других направлений.

В результате сравнения различных теорий суицида Д. Лестер пришел к выводу, что каждая из этих концепций обнаруживает оптимальную «зону» применения для анализа суицидального поведения, а также для его профилактики. Это объясняется тем, что каждая концепция отличается акцентом на тех или иных реальных факторах, объясняющих формирование суицидального поведения.

Примером интеграции западноевропейских и американских исследований в области суицидологии могут служить результаты симпозиума по био-психолого-социальной профилактике суицидов, проходившем в Брюсселе 16 – 19 мая 1996 г. На нем была принята концептуальная модель суицидального поведения, разработанная голландскими учеными.

Суть предложенной модели состоит в том, что в психотравмирующей ситуации взаимодействие двух основных групп факторов (биологические факторы, индивидуально-личностные особенности) формируют предболезненное состояние; в условиях стресса оно трансформируется в пресуицид (состояние, характеризующееся сформированным намерением или навязчивыми мыслями покончить с жизнью и непосредственно предшествующее суицидальным действием – *прим. авт.*), в ходе которого под воздействием специфических социальных условий и переживаний собственной беспомощности осуществляется подготовка и реализация суицидальных действий. К биологическим факторам суицидального риска они относят дефицит серотонина (биологически активного вещества, обеспечивающего синаптическую передачу нервных импульсов), вызывающий депрессивные состояния. Факторы, характеризующиеся как индивидуально-личностные особенности, в свою очередь представлены тремя группами.

А. Психиатрические факторы: алкоголизм и наркомания; шизофрения; маниакальность.

В. Расстройства личности: пограничные состояния; психопатизация личности (акцентуации); навязчивые идеи; пассивно-агрессивные личностные реакции; личностные отклонения (девиации).

С. Психологические факторы: суициды в прошлом; импульсивность; асоциальное поведение; переживания беспомощности.

Особое значение придается таким факторам, как: пограничные состояния и переживания беспомощности. Они встречаются у многих суицидентов. Суицидальное поведение, по мнению бельгийских и голландских суицидологов, представлено двумя группами: подвергающееся коррекции и неподвергающееся коррекции. К суицидальному поведению они относят: суицидальные идеи, суицидальные попытки и завершённые суициды. Основными провоцирующими факторами формирования суицидальных намерений чаще всего выступают следующие виды *потерь*: здоровья, значимых отношений, социального статуса, работы, материальных благ.

Особый интерес для профилактической работы представляет социально-психологическая концепция суицидального поведения. В 70-х годах XX века в бывшем СССР получила распространение концепция, разработанная Амбрумовой А.Г. и сотрудниками Научно-методического суицидологического центра, в которой **суицид** представляется как сложндетерминированное, многоплановое явление, **феномен человеческого поведения, являющийся следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях неразрешенного микросоциального конфликта**. В данной концепции суицидальное поведение рассматривается в качестве комплексного и динамического феномена, связанного с социально-психологической дезадаптацией личности, оказавшейся в кризисной ситуации. Суицидальное поведение – это одна из форм общечеловеческих реакций на кризисное событие. Каждый случай самоубийства, согласно данной концепции, представляет результат взаимодействия ситуационных и личностных факторов. Достоинством этой модели также является описание внешней и внутренней феноменологии суицидального поведения, выделение мотивов (личностных смыслов) суицида.

В концептуальной модели А. Г. Амбрумовой, которая в настоящее время имеет наибольшее распространение на постсоветском пространстве, суицидальное поведение обуславливается взаимодействием трех основных компонентов: интегральной характеристикой личности, социально-психологической адаптацией, переживаемым конфликтом. Этот подход позволяет рассматривать личность суицидента в деятельной связи с социальной средой. Отсюда вывод: самоубийство – проблема в большей степени психологическая, а социально-психологический аспект занимает центральную позицию. Данная концепция носит выраженную профилактическую направленность, обеспечивающую научный поиск адекватных систем предупреждения суицидального поведения.

Согласно этой концепции все суициденты проявляют объективные (изменения поведения) и субъективные (эмоциональные сдвиги) признаки социально-психологической дезадаптации. Социально-психологическая дезадаптация личности возникает под влиянием различного рода психотравмирующих и стрессогенных факторов, в том числе в результате нарушения механизмов взаимодействия между индивидом и его социальным окружением, и при субъективной интерпретации индивидом жизненных проблем как неразрешимых. Самоубийство рассматривается как защитная реакция личности в ответ на невозможность конструировать свое поведение в условиях стресса и кризиса. Суицидальное поведение зависит от множества факторов, совершается в особых, кризисных для индивида, ситуациях и предпринимается по разным мотивам и с разными целями. Во всех случаях суицидальное поведение является результатом личностного анализа конфликтной ситуации. Подавляющее большинство психологических кризисов с суицидальным поведением наблюдается у *практически здоровых людей*

С точки зрения А. Г. Амбрумовой и ее коллег, к суицидальному поведению следует относить: *завершенные суициды, суицидальные попытки, демонстрации и имитации суицида, а также суицидальные замыслы, высказывания, угрозы.* Таким образом, суицидальное поведение включает различные формы активности, направляемые *представлениями о лишении себя жизни* и служащие деструктивным средством разрешения личностного кризиса в условиях конфликтной ситуации. **Для профилактики все эти формы равнозначны и суицидоопасны,** так как суицид имеет феноменологическую природу. Таким образом, чем раньше признаки суицидальной активности будут обнаружены и компенсированы, тем меньше вероятность покушения на свою жизнь и рецидива суицидоопасных состояний в будущем.

Концептуальная модель Амбрумовой А.Г., получившая развитие в трудах Бородина С.В., Кузнецова В.Е., Нечипоренко В.В., Позниовского А.М., Постоваловой Л.И., Тихоненко В.А. и др., явилась наиболее гибкой и универсальной объяснительной моделью развития суицидальных тенденций в социально-психологическом контексте рассмотрения этой проблемы. Важным в ней является то, что найдена ключевая позиция суицидального риска – социально-психологическая дезадаптация с ее психологическими характеристиками, – выявлены специфические условия и механизмы его формирования, а также очерчен круг суицидогенных факторов. Концепция носит выраженную профилактическую направленность,

Психофизиологической почвой в формировании суицидального намерения является стресс. Стресс, согласно теории Г. Селье и его последователей, это совокупность адаптационно-защитных реакций организма на любое воздействие, порождающее психическое, физиологическое или физическое напряжение. Он начинает развиваться при отсутствии готовности организма к адекватному реагированию на это воздействие и в своем развитии проходит следующие этапы:

1-й этап – реакция тревоги, характеризующаяся активизацией резервов адаптационного регулирования;

2-й этап – если мобилизованные адаптационные резервы не прекращают стрессогенного воздействия, начинается перестройка функциональной системности и становление ее новой формы, адекватной экстремальному требованию среды, с включением компенсаторных психологических факторов (установок, мотивов и т.п.), характеризующихся как сверхмобилизация;

3-й этап – истощение, его возникновение характеризуется нарушением механизма саморегуляции в случае продолжения негативного воздействия, что ведет к подавлению защитных механизмов, вплоть до гибели организма.

Изменения функционального состояния человека при стрессе изменяет его отношение к окружающему миру, в том числе и к окружающим людям. При этом изменяется не только характер физиологической и психологической активности, но и показатели активности общения. Это

отражается на взаимодействии индивида с социальной средой (окружающими людьми, группой, коллективом, в которые он включен). Многие авторы указывают на роль личностных особенностей в развитии стресса. Социально-психологический анализ развития стрессовых реакций вплоть до суицида представляется исследователями более сложной схемой, однако принципиальные позиции Г. Селье в ней сохранены.

В ракурсе рассмотрения суицидального поведения стрессовые реакции, по мнению А. Г. Амбрумовой, «...возникают в процессе активного приспособления человека к новым сложным социокультурным или природным условиям его существования, они могут наступать и в случае расхождений между ожиданиями индивида, его притязаниями и реальными условиями его существования и отношением к нему окружающих; и, наконец, эти реакции могут быть следствием длительного влияния психотравмирующих воздействий. В последнем случае так называемый дистресс означает снижение жизнестойкости, способности противоборствовать различного рода жизненным трудностям».

В соответствии с концептуальной схемой российских исследователей суицидоопасное поведение можно рассматривать в качестве результирующего феномена социально-психологической дезадаптации, связанной с конфликтом и личностным кризисом, и влияния просуицидальных и антисуицидальных факторов. Просуицидальные факторы повышают риск суицидоопасного поведения в условиях социально-психологической дезадаптации, а антисуицидальные, напротив, снижают риск суицида. Исход ситуации для потенциального суицидента определяется удельным весом про- и антисуицидальных факторов. При этом социально-психологическая дезадаптация, переживаемый конфликт и личностный кризис выступают в роли просуицидальных факторов.

В настоящее время, развивая идеи А. Г. Амбрумовой, многие исследователи, не снижая роли психологических факторов в формировании суицидального поведения, рассматривают их в совокупности с социальными и биологическими. Практический интерес в этом направлении исследований представляют работы, в которых определенные особенности личности рассматриваются как один из значимых факторов, позволяющих прогнозировать суицидальное поведение.

Так, российский суицидолог В. Ф. Войцех предложил уточненную модель суицидального поведения. Он рассматривает суицид в рамках накопления характерологических черт, часть которых имеет биологическую основу, а часть – психологическую. Предрасполагающими условиями для суицида являются дезадаптация, особенности характера и выраженный аффект, представляющий собой гамму негативных чувств и эмоций (стыд и обида, тоска и отчаяние и т. д.). Данный комплекс признаков определяет уязвимость к стрессу, а информационная составляющая делает его суицидогенным. В суицидальном поведении чаще речь идет о нежелании мириться с ситуацией или трудностью выносить напряжение, переживании

одинокости и безысходности, а иногда желании успокоиться. В целом, считает он, при нарушениях адаптации для формирования суицидального поведения прогностически значимым становится фактор дизонтогенеза. В. Ф. Войцех определяет суицидальное поведение как желание сохранить аутоидентификацию в ценностной структуре личности в условиях неразрешимого конфликта. Существенным моментом здесь становится информация, способствующая формированию аутоагрессивного социально-когнитивного стиля поведения с учетом биологических факторов, обнаруживаемых в детстве.

Аналогичной точки зрения придерживается и другой российский автор Б. С. Положий. Им была предложена интегративная модель суицидального поведения, согласно которой, оно имеет трехранговую детерминацию. Детерминанты первого ранга представлены биологическими факторами (биологическая предрасположенность). К детерминантам второго ранга относятся личностно-психологические, этнокультурные, социальные и медицинские факторы. Стрессы личной жизни составляют детерминанты третьего ранга. Между детерминантами различных рангов происходит постоянное взаимодействие, которое, в конечном счете, трансформируется в суицидоопасное поведение.

Исследования многих ученых показали, что у преобладающего большинства суицидентов отсутствует истинное желание умереть. Состояние суицидента скорее можно охарактеризовать фразой из дневника М. И. Цветаевой: «...Я не хочу умереть. Я хочу не быть...», – то есть уйти от травмирующего бытия, сохранив свое «Я». Таким образом, суицид можно трактовать как парадоксальную форму поисково-компенсаторного поведения.

Суицидальное поведение представлено весьма широким спектром суицидальных мотивов. Наиболее общей и принятой в психологии классификацией мотивов суицидального поведения является разделение их на *интерперсональные* и *интраперсональные*. *Интерперсональные* мотивации понимаются как стремление посредством суицидального поведения вызвать определенные действия со стороны другого лица (лиц), или вызвать изменение отношения других, либо то и другое одновременно. Таким образом, суицидальное поведение в этих случаях можно рассматривать как средство влияния, убеждения, принуждения, манипулирования, изменения, доминирования, стимулирования или восстановления отношений. *Интраперсональные* мотивации формируются в тех случаях, когда связь с другими людьми уже нарушена. Суицидальные действия направлены на обеспечение внутренних нужд. Важным фактором, формирующим эти мотивы, является стремление поддержать психологическую целостность и самоуважение, используя для этого любые средства вплоть до самоуничтожения. Признается, что интерперсональные и интраперсональные мотивы могут в равной мере присутствовать в суицидальном поведении.

Суицидальное поведение всегда полимотивировано. Такая полимотивация предполагает неустойчивую иерархию мотивов. Система мотивов при суицидальном поведении находится в напряженной динамике, т.е. в ней происходит борьба равнозначных для личности, но взаимоисключающих, мотивов, которая характеризуется непредсказуемыми последствиями. Иногда в процессе борьбы мотивов какое-то событие может сыграть роль катализатора, последнего толчка к совершению суицида.

Основной проблемой при классификации форм суицидального поведения является выбор критерия, который позволял бы учитывать все нюансы суицидального поведения. Естественно, что в реальности такой критерий обнаружить весьма сложно, поэтому исследователям приходится пользоваться отдельными аспектами суицидального поведения для построения классификационных схем. Первым критерием для классификации суицидоопасного поведения является его исход. Если суицидогенные действия приводят к смерти, речь идет о суициде, а, если нет – о суицидальной попытке. Вторым критерием классификации суицидального поведения и близких к нему форм выступают мотив и цель.

Неоднозначность мотивации и личностного смысла суицидального поведения, по мнению исследователей Российского научно-исследовательского суицидологического центра, выражается в следующих *типах* суицидального поведения:

1. *Протест, месть*. Смысл – оказание негативного воздействия на одну из сторон дезадаптирующего конфликта.

2. *Призыв*. Смысл – активизация помощи извне, поиск сочувствия и признания.

3. *Избежание*. Суть состоит в стремлении уйти от чего-либо неприятного (наказание, вторичный конфликт, боль и т.п.).

4. *Самонаказание*. Достижение морального удовлетворения в ситуации, связанной с тягостным чувством вины за реальные и мнимые действия.

5. *Отказ*. Отказ от дальнейшего существования в обстоятельствах, где дальнейшее продолжение жизни лишено какого-либо смысла.

По направлению от первого типа к последнему происходит сближение цели суицида с мотивом поведения, вследствие чего нарастает желание ухода из жизни, истинность суицидальных намерений, а также увеличивается риск летальности суицидальных действий. Также суицидологические исследования показали, что для суицидентов подростково-юношеского возраста наиболее характерными являются первые два типа, а для пожилых людей – последний. Польский психиатр и психолог А. Кэмпиньский отмечал: «У молодых самоубийство – мольба о помощи, у стариков – только мольба о смерти».

Среди наиболее распространенных мотивов, объясняющих попытки самоубийства у подростков и юношей, современные психологи отмечают:

- переживание обиды, одиночества, отчужденности, невозможность быть понятым;

- действительная или мнимая утрата родительской любви, ревность;
- переживания, связанные со смертью, разводом, уходом родителей из семьи;
- чувство вины, стыда, угрызания совести, оскорбленное самолюбие, боязнь позора, насмешек, унижения;
- страх наказания, нежелание принести извинения;
- любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность у девочек;
- чувство мести, злобы, протеста, угроза, предупреждение, вымогательство;
- привлечь внимание к своей судьбе, вызвать сочувствие к себе, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации;
- сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильма.

Сами же молодые люди, совершившие суицидальную попытку, при объяснении своего поведения указывают на различные способы таким образом оказать влияние на других людей:

- «дать понять человеку, в каком ты отчаянии»;
- «заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался»;
- «показать, как ты любишь другого»;
- «выяснить, любит ли тебя действительно другой»;
- «повлиять на другого, чтобы он изменил свое решение»;
- «призыв, чтобы пришла помощь от другого».

В суицидологии можно встретить еще одну, достаточно распространенную, типологизацию суицидального поведения – *истинное, аффективное и демонстративно-шантажное*. В основу этой типологизации легли: специфическое содержание суицидальных мотивов, степень активности ориентировки в суицидогенной ситуации, форма и интенсивность протекания кризисных переживаний, направленность и устойчивость осуществления суицидальных действий.

Принципиальных расхождений в рассмотренных типологизациях не обнаруживается. Если одна в большей степени раскрывает содержательную сторону мотивационного спектра суицидального поведения, то другая – поведенческую.

Применительно к лицам подростково-юношеского возраста российский исследователь подростковых акцентуаций и поведенческих девиаций А. Е. Личко разделял все формы суицидального поведения на три группы: истинное (намерение покончить с собой является обдуманном и долго вынашивается), аффективное (суицидальные действия носят скоротечный характер и совершаются на высоте аффекта) и демонстративное (намерение умереть отсутствует, цель индивида состоит в возвращении утраченного внимания, избавлении от неприятностей и т.п.) суицидальное поведение.

Демонстративное суицидальное поведение характеризуется демонстрацией попыток самоубийства безо всякого намерения действительно покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к

себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей (например, наказаний за совершенные правонарушения или проступки), или наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, доставить ему серьезные неприятности. Место, где совершается демонстрация, свидетельствует обычно о том, кому она адресована: дома – родным, в компании сверстников – кому-либо из ее членов, в школе – учителям и администрации.

Однако, по мнению специалистов, именно в подростково-юношеском возрасте дифференциация между истинными покушениями и демонстративными действиями бывает чрезвычайно затруднена. В настоящее время, считается рискованным и неоправданным, особенно в отношении молодых людей, деление суицидального поведения на «истинное» и «демонстративно-шантажное», вследствие высокой вероятности недооценки серьезности суицидальных намерений и принятия их за манипулятивные. Объективная оценка степени суицидальных намерений часто затрудняется различными обстоятельствами, которые приводят к тому, что далеко не всегда степень травматичности суицидального акта соответствует его мотивам.

Российский исследователь Е. Шир отмечает, что большинство суицидальных действий в подростково-юношеском возрасте, будучи микросоциально обусловленными (отношения в семье, в школе, со сверстниками и т.п.), направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Поэтому в подростковом возрасте чаще всего речь идет не о «покушении на самоубийство», а лишь о применении «суицидальной техники» для достижения той или иной первичной (несуицидальной) цели. Иногда суицидальное поведение у подростков определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. И в том и в другом случаях, несмотря на отсутствие суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий достаточно высока.

Разработчики концепции аддиктивного суицидального поведения Ю. В. Попов и А. В. Бруг из Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева считают, что под суицидальным поведением принято понимать самые различные проявления и виды суицидальной активности. Этот термин особенно применим к подростковому возрасту, когда суицидальные проявления отличаются многообразием. Суицидальное поведение особенно в подростково-юношеском возрасте зачастую приводит к формированию устойчивых моделей поведения и многократному увеличению вероятности его рецидива с летальным исходом. Учитывая тот факт, что у подростков легко возникают и закрепляются стереотипные реакции на различные факторы, суицидальное поведение можно рассматривать как результат формирования и развития определенного «жизненного сценария», закладываемого еще в раннем детстве, что, по мнению авторов, можно отнести к специфической форме

аддикции. Исследования также показали, что подросткам свойственна тенденция к повторным суицидальным действиям.

В принципе, считают авторы, суицидальное поведение является своеобразным проявлением дезадаптивных копингов поведения (стратегий преодоления жизненных трудностей – *прим. авт.*). Их модель дисфункционального, дезадаптивного копинг-поведения предполагает рассмотрение суицидального поведения как результат дезадаптации и социальной изоляции, вызванных неэффективным функционированием блоков *копинг-стратегий* и *копинг-ресурсов*.

Как видно, продолжающийся до настоящего времени, поиск детерминант и механизмов возникновения, развития и реализации суицидальных тенденций в конкретных поведенческих актах приводит к расширению и углублению представлений об этом феномене, но одновременно актуализирует необходимость специализации методологических позиций. Например, если подчинить проблему суицидального поведения целям его профилактики, что сейчас является крайне актуальным, то этот феномен необходимо представлять в пространственно-временном континууме, где есть начало, течение и исход (постепенное нарастание и конкретизация желания уйти из жизни) и, где каждый этап развития суицидальной тенденции характеризуется специфическими особенностями психических состояний и взаимодействий личности с социальной средой, обусловленными собственным феноменологическим комплексом внешних и внутренних факторов. И, если профилактика суицидального поведения является делом многих социальных институтов и специалистов, то их роль и значение различно на каждом этапе развития суицидальной тенденции. То есть в пространственно-временной модели (а проще, в системе) профилактической деятельности они будут находиться в разных точках и позициях. Поэтому врач не будет заниматься проблемами дезадаптированного человека, испытывающего кризис идентичности, пока его переживания не приобрели острый характер. Также психолог будет малоэффективен в случае «туннельного сознания» у потенциального суицидента и серьезной демонстрации намерения уйти из жизни. Социолог, как профессионал, никогда не обратит внимания на единичный факт суицидального поведения. Таким образом, при общем *объекте предмет* профилактической деятельности у каждого специалиста будет иметь свою специфику. Этим обусловлено некоторое различие в понятиях и дефинициях (профессиональном понимании и подходе), раскрывающих проблему суицидального поведения.

В связи с тем, что данное пособие предназначается для педагогов и психологов системы образования и социального обслуживания населения авторы предлагают те методологические позиции и дефиниции в понимании суицидального поведения и его профилактики, в которых отражена специфика профессиональной деятельности данных специалистов.

Термин «суицидальное поведение» объединяет все проявления суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Этот термин особенно применим к подростковому возрасту, когда суицидальные проявления отличаются многообразием. Традиционно принято выделять *внешние* и *внутренние* формы суицидального поведения.

К *внешним формам* суицидального поведения относят суицид (самоубийство) и суицидальную попытку (парасуицид).

В определении, предлагаемом ВОЗ, термин «суицид» трактуется, как «акт самоубийства с фатальным исходом». Поэтому в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в рубрике X60-X84 («Умышленное самоповреждение») положен формальный критерий классификации суицидов – способ, которым осуществлено самоубийство. Такое определение служит только для констатации самоубийства, но не для его понимания и, тем более, профилактики.

Наиболее понятным, отражающим психолого-педагогическую специфику, является определение российских суицидологов, которое раскрывает общие условия возникновения суицидального поведения и его психологическую характеристику.

Самоубийство, или *суицид* (лат. *sui* – себя, *caedere* – убивать; в научный обиход термин «суицид» введен в 1642 г., а с 1651 г. был включен в Оксфордский словарь) – это феномен человеческого поведения, являющийся следствием *социально-психологической дезадаптации* личности в условиях *неразрешенного микросоциального конфликта*. Самоубийство – *защитная реакция личности* в ответ на невозможность конструировать свое поведение в условиях *кризиса*.

Суицид – это умышленное лишение себя жизни. Не признается самоубийством лишение себя жизни лицом, не осознающим смысл своих действий или их последствий (невменяемые, дети в возрасте до пяти лет). В этом случае фиксируется смерть от несчастного случая. Если человек решает лишить себя жизни – это значит, что в его сознании претерпела серьезные изменения фундаментальная личностная категория – *смысл жизни*.

Понятие суицид часто используется в связке с другим термином «*парасуицид*» («*суицидальная попытка*»). Понятие «парасуицид» используется для обозначения форм поведения, родственных суициду, но не закончившихся летальным исходом. Это явление встречается по меньшей мере в 10 – 100 раз чаще самоубийств, хотя точное преобладание подобных аутоагрессивных действий неизвестно. В то время как соотношение между суицидальными попытками (парасуицидом) и самоубийствами является предметом дискуссий, суицидальное поведение без летального исхода остается актуальной социально-медицинской проблемой. Парасуицид является более характерным для женщин, чем мужчин, и наибольшим это соотношение предстает у молодежи. Наиболее высокой бывает частота

суицидальных попыток у девушек 15-19 лет. Она находится в обратной зависимости с социальным статусом.

Для парасуицида характерно то, что в каждом индивидуальном случае стремление уйти от травмирующих переживаний несут для человека совершенно разный внутренний смысл. В одних случаях – это желание смерти, не реализованное в суицидальном акте; в других – попытка манипуляции окружающими или «крик о помощи»; в третьих (наиболее распространенная категория) – это амбивалентные колебания между жизнью и смертью, смысл которых мало осознается пострадавшим.

Суицидальную попытку иногда трактуют, как демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства. Такое определение отражает лишь один аспект этого сложного поведенческого акта. Другие авторы предлагают разводить эти термины, превнося в каждый из них различный смысл. Поэтому до настоящего времени так много споров и разночтений относительно терминов «суицидальная попытка» и «парасуицид». Между тем, никто из авторов не отрицает, что каждая из этих форм несет потенциальную угрозу летального исхода.

Учитывая трудность разграничения этих терминов в силу отсутствия четких и однозначных критериев их определения и терминологическую путаницу, в 1982 г. ВОЗ рекомендовала использовать термины «суицидальная попытка» и «парасуицид» как равные по значению. Белорусский суицидолог Е. В. Ласый отмечает, что использование единых критериев трактовки парасуицида и суицидальной попытки обеспечивает единство клинического подхода, снижает риск пренебрежения манипулятивными суицидальными действиями при оказании помощи, а также унифицирует подходы в профилактической деятельности.

Исходя из принципиальной позиции российской школы суицидологии, что для профилактики все формы суицидального поведения равнозначны и суицидоопасны, наиболее адекватным определением, на наш взгляд, следует считать, что *суицидальная попытка* – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Лиц, совершивших такую суицидальную попытку принято называть *парасуицидентами*.

К **внутренним формам** суицидальной активности относят размышления о малой ценности жизни и утрате ее смысла, фантазии и мысли о собственной смерти, мысли о самоубийстве и подготовку плана самоубийства, называемые иногда одним термином «суицидальные тенденции». *Суицидальные тенденции* – это внутренняя форма суицидальной активности, включающая размышления и формирующиеся замыслы по планированию и подготовке суицидальных действий, непосредственно предшествующие их осуществлению.

Внутренние и внешние формы суицидального поведения объединяет понятия «пресуицид» и «суицидальный риск», которые служат для

характеристики степени интеграции неблагоприятных внутренних и внешних факторов и вероятности совершения суицидальных действий.

Пресуцид – психологический симптомокомплекс, свидетельствующий о сформированности суицидального намерения, т. е. этап суицидальной динамики, длительность которого составляет от нескольких минут до нескольких недель и месяцев. Наблюдается чаще у юношей и взрослых в случае наличия тенденции к суицидальным актам в сложных ситуациях.

Риск суицидального поведения (суицидальный риск) – это комплексная характеристика психического состояния дезадаптированной личности, сформированного индивидуально неповторимым сочетанием особенностей личности и способами ее взаимодействия с социальной средой в экстремальных для нее жизненных ситуациях (как правило, в условиях конфликта в системе значимых отношений), сопровождающегося негативно окрашенными аффективными переживаниями и отражающего степень сформированности суицидальных намерений (А. А. Колмаков, 1999).

Таким образом, суицидальное поведение включает различные формы активности, направляемые представлениями о лишении себя жизни и служащие деструктивным средством разрешения личностного кризиса в условиях конфликтной ситуации.

К особенностям суицидального поведения подростков и юношей (девушек) относят:

1. Недостаточно адекватную оценку ими последствий своих суицидальных действий из-за отсутствия четкого представления о смерти и предвидения смертельного исхода.

2. Отсутствие в этом возрасте четких различий между истинными суицидальными намерениями и демонстративно-шантажными действиями.

3. Несоответствие между внешним поводом и реакцией на него, т.е. ситуативность, импульсивность и гиперболизация реагирования.

4. Выраженное опосредующее влияние неблагоприятной и психотравмирующей микросоциальной среды (семьи, школы, ближайшего окружения сверстников), а не тех или иных психопатологических нарушений.

5. Наличие взаимосвязи суицидального поведения с такими проявлениями поведенческих девиаций, как: побеги из дома; прогулы уроков; ранним курением, алкоголизацией и наркотизацией; конфликтные отношения с родителями, родственниками и сверстниками; мелкие правонарушения и др.

Анализ современных представлений об истинной причинности суицидальных действий дает основание утверждать о том, что в отношении суицидального поведения более уместным является использование понятия «факторы риска», а не «причины», поскольку «причина» предполагает однозначное, а не вероятностное следствие в виде суицида или парасуицида. Кроме того, в суицидологии различают мотивы и поводы суицидоопасного поведения. Суицидологам известен факт, что парасуициденты часто

испытывают значительные трудности в объяснении причин суицидальной попытки. В качестве причин указывают либо поводы, либо очень субъективную интерпретацию своих мотивов. Поэтому в понимании или определении степени вероятности суицидальных действий речь может идти об интеграции и взаимодействии определенных факторов, специфическое сочетание которых повышает вероятность риска суицидального поведения.

В настоящее время общепризнанной является точка зрения, что суицидальное поведение – явление мультифакторное и полиэтиологичное, вызванное сложным взаимодействием объективных и субъективных, макро- и микросоциальных факторов; суицидальная тенденция – феномен человеческого сознания, подчиненный особенностям развития личности и ее социальных взаимодействий в большинстве случаев психически нормальной личности.

Формирование суицидальной мотивации не имеет четких механизмов и закономерностей. Суицид – акт индивидуально-личностный. Суицидальное поведение является результатом сложного взаимодействия различного рода социальных, психологических, психофизиологических, социокультурных факторов в экстремальных для личности жизненных ситуациях.

1.3. Соотношение нормы и патологии в психологическом содержании суицидального поведения

В настоящее время еще бытует мнение, что покушение на собственную жизнь совершают психически больные либо ненормальные с точки зрения психического здоровья люди. Однако нужно отметить, что в понимании суицида понятия «норма» и «здоровье» не однопорядковые – это во-первых, а во-вторых, еще в середине XIX века на основе статистических исследований ученые пришли к выводу, что психическая патология не является единственной причиной суицида. Анализ различных источников показал, что с середины прошлого столетия и до наших дней доля психически больных суицидентов колеблется от 25 до 30%. Остальные – лица практически здоровые или нормальные, причем среди них около 50% – люди с пограничными нервно-психическими состояниями, а около 25% – совершенно здоровые. Суицидальная тенденция формируется в условиях экстремальной для личности ситуации и рассматривается как один из видов общеповеденческих реакций человека, который имеет широкий диапазон индивидуальных вариаций – от психической нормы до выраженной психической патологии.

Проблема «норма – патология», «здоровье – болезнь», особенно в отношении психики человека, остается до сих пор нерешенной, так как не найдено критериев абсолютной нормы либо абсолютного здоровья. Нет и четких границ, отделяющих норму от патологии, здоровье от болезни. В отношении понятия «личность» континуум «норма – патология» чаще всего

характеризуется поведенческими реакциями, континуум же «здоровье – болезнь» – характером протекания психических процессов. И тот и другой континуумы имеют в своем составе обширные пограничные области, которые и в том, и в другом случае характеризуются промежуточными состояниями. Таким образом, личность характеризуется своими реакциями в конкретной ситуации и степенью их адекватности.

Однако адекватность – понятие относительное, зависящее от критериев нормы, принятых у представителей данной культуры в определенную историческую эпоху. История оставила много примеров, когда осознанное лишение себя жизни считалось вполне нормальным. В настоящее время в самых общих чертах принято считать, что поведение будет оцениваться тем ненормальнее, чем больше опасности оно будет предоставлять для самого человека или для окружающих. Самоубийство, таким образом, «выходит» за рамки нормального поведения. Что же обуславливает эту «ненормальность» поведения среди психически нормальных людей?

Выдающийся русский психиатр С. С. Корсаков считал, что самоубийство – явление, встречающееся нередко в жизни, относится к актам, не выходящим из круга поступков, которые может совершать и вполне нормальный человек. Следовательно самоубийство – это ненормальный поведенческий акт зачастую психически нормального человека. Отсюда следует, что в основе суицида лежит определенное *состояние* человека, возникающее в определенной *ситуации*. Очевидным является и то, что *состояния*, в которых психически нормальные люди решаются на самоубийства, имеют свои особенности, отличающие их от оптимального диапазона человеческих переживаний. Что касается *ситуаций*, то они не могут напрямую детерминировать суицидальные реакции. Вид, тип, направленность и структуру реакции определяет личность человека, причем очень важна *значимость* данной ситуации для личности. Этим определяется феноменологическая сущность самоубийства.

Развивающиеся в течение всей жизни особенности личности, объем и характер приобретенных знаний, направленность интересов, своеобразие эмоционально-волевых качеств, моральные установки – все это создает ту или иную степень свободы реагирования человека в определенных условиях и основу индивидуальной адаптации к неблагоприятным стрессогенным факторам, позволяет активно и целенаправленно их компенсировать. Поэтому то или иное психогенное воздействие у одного и того же человека в одной жизненной ситуации может достигать психотравмирующей силы, вызывая нарушение упорядоченных психических функций и поведенческих реакций, а в другой – носить индифферентный характер.

Каждая конкретная ситуация, находя свое отражение в сознании индивида, формирует соответствующее состояние, характеризуемое отношением индивида к данной ситуации и степенью готовности реагировать на нее. Не получив положительной обратной связи от реакции на значимую ситуацию, это состояние дополняется поиском адекватных форм

поведенческого реагирования, «сужая» психическую активность индивида до данной ситуации и «искусственно» усиливая напряжение потребностей. Затягивание этого поиска может породить новые и усилить существовавшие ранее нарушения функциональных возможностей психической адаптации.

Категория адаптации относится к числу наиболее общих, определяющих связь живого организма со средой. Оно стало одним из центральных понятий в науках о жизни – философии, физиологии, медицине, психологии и т. д. Отдельные аспекты явления адаптации нашли свое частичное отражение уже в работах античных философов, которые рассматривали такие понятия, как «гармония», «энтелехия», «пропорция», «логос», «целесообразность». В философии адаптацию определяют как процесс достижения оптимального равновесия взаимодействующих систем, обеспечивая тем самым возможность развития этих систем. При этом адаптация сочетает в себе и устойчивость, и изменчивость, которые имеют место не только на уровне самого организма, но и на уровне его способов взаимодействия со средой, т. е. на уровне адаптивных механизмов. Поэтому успешная адаптация предполагает:

- сохранение устойчивости, тождественности субъекта;
- приобретение нового качества в результате изменчивости;
- развитие и совершенствование адаптивных механизмов.

В современной науке адаптация понимается как *процесс* и одновременно *результат* этого процесса.

Адаптация человека в самом обобщенном виде понимается как приспособление, необходимое для адекватного существования в изменяющихся условиях (сохранение идентичности, тождественности человека самому себе), а также как процесс включения индивида в новую социальную среду, освоение им специфики новых условий (развитие, достижение новых состояний и качеств). Большинство исследователей специфику адаптации человека видят в его способности активного сознательного воздействия на окружающую среду. А. Г. Амбрумова отмечала: «В отличие от биологической адаптации, которая протекает пассивно, социально-психологическая адаптация имеет активный характер. На уровне личности акцент адаптации переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью и ее высшей формой – сознанием».

По сравнению с различными видами животных адаптационные возможности человека, имеющего не только природную, но и развитую социальную среду, определяются наиболее широким потенциалом приспособления и развития. Этот процесс затрагивает все уровни функционирования человека: соматический, нейрофизиологический, психологический, социально-психологический. Однако психологический аспект в структуре адаптации является ведущим, определяющим, опосредуя характер и особенности протекания других аспектов.

В психологии понятие адаптации, трансформировавшись в социально-психологическую адаптацию, приобрело огромное значение для различных отраслей психологической науки. В современной психологии понятие социально-психологическая адаптации рассматривается как процесс и результат установления гармоничных взаимоотношений между личностью и социальной средой. Преобразовательный эффект социально-психологической адаптации может быть направлен как вовне, так и на перестройку личностной структуры. Таким образом, человек выступает одновременно и объектом, и субъектом адаптации.

В процессе адаптации личность приспосабливается к изменениям социальной среды путем подбора или перестройки стратегий поведения. Активность личности в процессе социально-психологической адаптации реализуется по трем основным направлениям:

- 1) уход из ситуации, психологическая защита своего Я;
- 2) воздействие на среду с целью приспособления ее параметров к себе;
- 3) проявление активности в изменении себя, своей внутренней структуры.

Социально-психологическая адаптация как результат характеризуется степенью включенности индивида в социальные группы, адекватностью его поведения принятым социальным ролям, умением соотносить личностные особенности с требованиями социальной среды. Основным механизмом социально-психологической адаптации личности в микросоциальной среде является общение. Наиболее существенным моментом социально-психологической адаптации человека является уровень социализации, содержание которого составляют морально-нравственные представления, социально значимые оценки и модели поведения, определяемые включенностью в ту или иную социальную среду.

Таким образом, *социально-психологическая адаптация – сложный диалектический процесс и результат взаимодействия личности и социальной среды, характеризующийся оптимальным соотношением целей и ценностей личности и социальной среды, реализацией внутриличностного потенциала, субъективному ощущением удовлетворенности собой, позицией, занимаемой в социальной структуре, осознанием полноценности жизни.*

Для понимания возникновения и развития суицидальных тенденций при нарушении непрерывного и сбалансированного протекания адаптационных процессов особое значение приобретают **конфликты**. Они являются одной из важнейших категорий в социально-психологическом анализе суицидального поведения. По этому поводу иронично высказался В. Маяковский: «Лошади никогда не кончают самоубийством, потому что, будучи лишены дара речи, они не имеют возможность выяснять отношения».

В суицидологической практике значение придается таким типам конфликтов как *межличностный* и *внутриличностный*. В суицидальном поведении отчетливо прослеживается их детерминирующая взаимосвязь.

Межличностные конфликты имеют место в жизни каждого человека, но суицидоопасными они становятся тогда, когда возникают в системе значимых для индивида отношений и приобретают для него неразрешимый характер. В свою очередь это провоцирует внутриличностный конфликт (кризисное состояние и социально-психологическую дезадаптацию). На этом фоне любой вторичный конфликт может спровоцировать суицидальную тенденцию.

Конфликтными характеризуются ситуации, которые сопровождают суицидента от момента возникновения социально-психологической дезадаптации до разрешения суицидальных тенденций. По мнению исследователей, наиболее частыми детерминантами суицидоопасных реакций являются: детско-родительский конфликт и конфликт с родственниками, любовный конфликт и разрыв близких отношений. Совершая суицидальный акт, суицидент не обязательно является жертвой конфликта, он может занимать и достаточно активную, агрессивную позицию. В связи с этим суицид иногда может носить форму ультиматума.

Считается нормальным (непатологическим), что, столкнувшись с определенными обстоятельствами или оказавшись в специфических ситуациях, человек переживает подчас сильную тревогу или глубокую депрессию, когда ему может показаться, что всякая борьба бесполезна. Нормально и то, что он прибегает к различным механизмам психологической защиты (нехарактерным для него формам поведения), позволяющим достичь быстрого, пусть даже временного облегчения. В этих случаях *дезадаптация*, если наступает, носит временный характер, является непатологической. Однако существует вероятность выхода и в патологическую форму (например, реактивное состояние и декомпенсация у психопатических личностей, посттравматическое стрессовое расстройство и т. д.).

Социально-психологическая дезадаптация личности понимается в широком диапазоне. Объективно дезадаптация означает нарушение процессов взаимодействия человека с окружающей средой, в данном контексте процесса, протекающего вне патологии, и связанного с отвыканием от одних привычных условий жизни и привыкания к другим, характеризуя его *поведение*. Социально-психологическая дезадаптация как *состояние* проявляется в большом разнообразии психо-эмоциональных сдвигов. Она включает в себя широкий спектр переживаний личности при воздействии личностно значимых негативных раздражителей (как правило, конфликтов). При этом социально-психологическая дезадаптация выражается в целой гамме негативных эмоциональных реакций (тоска, тревога, страх, отчаяние, чувство безысходности и пр.), проявляющихся в разной степени интенсивности – от психологического до психотического (патологического) уровней.

Как утверждает известный российский исследователь пограничных состояний Ю. А. Александровский, в случае дезадаптации наблюдается различная по качеству и степени выраженности дезорганизация социальных контактов человека, снижение возможностей необходимого прогнозирования результатов своих поступков, усиление эгоцентрических устремлений, неадекватность эмоциональных реакций. Переживания человека связаны с реальной или субъективно воспринимаемой социальной изоляцией, ощущением психологического дискомфорта, дисгармонией с самим собой и окружающим миром.

Важнейшим показателем социально-психологической дезадаптации является *дефицит степеней свободы* адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации, приобретающий вследствие этого индивидуально-экстремальный характер. По этому поводу В. А. Бернацкий писал: «Переживаемое субъектом настроение весьма близко с тем, что мы называем страстью: она характеризуется сужением поля сознания около мысли о безнадежности положения, бесцветности и бездеятельности жизни...».

Социально-психологическая дезадаптация личности приводит к тому, что количество известных вариантов выхода из травмирующей стрессогенной ситуации резко ограничивается или сводится к нулю. Самая крайняя степень социально-психологической дезадаптации сопряжена с полным разрывом социальных связей человека, его социальной изоляцией, которая вызывает у него чувство ненужности и бесперспективности собственного существования. Вследствие этого стрессогенная ситуация приобретает характер неразрешимости и сопровождается крайне тягостными переживаниями, наступает *кризис личности*.

Кризисное состояние личности возникает в том случае, когда человек встречается с переживаниями, которые по силе или продолжительности превосходят его психологические регуляторные возможности, что сопровождается нарушением соматических, психофизиологических, психологических и социально-психологических адаптационных механизмов субъекта. Затяжной, хронический кризис приводит к глубокой социально-психологической дезадаптации, невротическим и психосоматическим реакциям, суицидальному поведению.

Самоубийство, особенно молодых людей, редко совершается в результате трезвого рационального взвешивания жизненных обстоятельств, доводов в пользу принятия или отвержения жизни. Многие ведущие специалисты в области суицидологии отмечают, что большое влияние на формирование суицидального намерения оказывают психологические кризисы, вызванные недостатками социализации. В ракурсе рассмотрения суицидального поведения кризисные состояния возникают в процессе активного приспособления человека к новым сложным социокультурным или

природным условиям его существования, они могут наступать как в случае расхождений между ожиданиями индивида, его притязаниями и реальными условиями его существования и отношением к нему окружающих, так и могут быть следствием длительного влияния психотравмирующих воздействий. Личностный кризис можно рассматривать и как предпосылку, и как следствие социально-психологической дезадаптации.

С точки зрения психологической науки **кризис** – это *острое эмоциональное* состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека, дискретный момент развития личности. Таким образом, под *кризисом* следует понимать сложное переходное состояние, вызванное личностно-значимыми событиями, создающими невозможность (или затрудненность) реализации жизненного замысла и сопровождающееся мучительным осмыслением происходящего (Крукович Е. И., Ромек В. Г., 2003 г.). Российский психолог В. В. Козлов предлагает рассматривать кризисное состояние как временную ситуационно или внутренне обусловленную дезинтеграцию личности, которая возникает при невозможности преодоления препятствий в достижении жизненно важных целей способом, сформированным на основе предыдущего индивидуального опыта.

Кризис, как правило, неожидан и неконтролируем. Он может быть связан с конфликтами, потерями, унижением, обидой и т. п. Кризис – это поворотный пункт в жизни человека, в котором рушатся основы предыдущей жизни, а новой еще не существует. *Сущностной особенностью* любого кризиса является невозможность (или затрудненность) для человека жить как прежде и незнание как жить дальше. Кризис угрожает индивидуальному представлению о себе, сформированному образу «Я» и личным планам на будущее. Идет спонтанный поиск своего нового образа «Я». Исходя из этого *кризисное состояние личности* по своей содержательной сути является сложным новообразованием, объединяющим разнородные психические состояния.

Появление этого новообразования детерминировано истощением психических ресурсов, позволяющим эффективно и гармонично решать возникающие личностные проблемы в процессе реализации жизненного замысла, смысла жизни. Образно говоря, любой кризис – это столкновение двух реальностей: с одной стороны, внутреннего мира личности, а с другой – объективной действительности, которая принципиально противоречит всему предшествующему жизненному опыту личности. Человек, находящийся в кризисном состоянии, практически не ориентирован на будущее, он не может ставить цели, планировать, все его помыслы устремлены в основном в прошлое, настоящее его пугает. Процесс адаптации личности к такой действительности чаще всего называют *кризисным переживанием*. Суицидоопасная форма личностного кризиса характеризуется целой гаммой интенсивных негативных переживаний – отчаянием, горем, страхом,

чувством беспомощности, вины, гнева, желанием отомстить или прервать невыносимые душевные или телесные страдания, самыми характерными поведенческими реакциями могут быть навязчивые мысли и активизация примитивных защитных механизмов личности.

Наши исследования (2010 г.) показали, что у молодых людей с высоким суицидальным риском обнаруживаются характерные переживания личностного кризиса: функциональные проблемы (вегетативные дисфункции, расстройство сна); осложнения познавательно-аналитической деятельности; нарушения эмоционального реагирования; эмоциональная тупость, слабодушие; повышенная эмоциональность; депрессивное состояние; перемены в поведении и деятельности.

Кризис вызывается *фрустрацией* (лат. *frustratio* – психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей) важнейших потребностей личности и специфической личностной реакцией на эту фрустрацию. Таким образом, психологический кризис представляет собой дисбаланс конструктивных и разрушительных тенденций и форм психической деятельности. На почве этого дисбаланса основных личностных тенденций оформляется ситуационная реакция, которая представляет собой модус поведения личности, определяемый личностной позицией, которую человек занимает, исходя из собственной (складывающейся у него в этот момент) концепции данной ситуации.

По мнению Е.И.Крукович и В.Г.Ромека, кризисы развития и жизненные кризисы, в отличие от травматических кризисов, когда серьезная психологическая травма связана с травматической ситуацией, развиваются в течение определенного периода. Дж. Каплан выделял следующие стадии кризиса:

- 1) первичный рост напряжения, стимулирующий привычные способы решения проблем;
- 2) дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными;
- 3) еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников;
- 4) повышение тревоги и депрессии, чувства беспомощности и безнадежности, дезорганизация личности.

Поскольку для кризиса характерно субъективное ощущение невыносимости происходящего, человек напрягает все свои силы, чтобы каким-то образом изменить ситуацию: разрешить проблему всеми известными способами. Кризис может привести или к разрешению проблемы, приобретению нового опыта, развитию личности, или к развитию психического расстройства, регрессии, стагнации, что характерно для пресуицида.

Суицидальные намерения возникают, когда личность переживают крах и отсутствие перспектив восстановления прежнего благополучия.

Психологический кризис, предшествующий суициду, характеризуется также ситуационными реакциями оппозиции и дезорганизации. Человек нередко кончает с собой на высоте злобной агрессивной реакции.

В процессе преодоления кризиса человек может приобрести новый опыт, расширить диапазон адаптивных реакций. Если же он склонен реагировать на кризис дезадаптивными реакциями, кризис может углубиться, а предболезненное состояние – усилиться. Развитие клинических симптомов вызывает новые дезадаптивные реакции, которые могут принять катастрофический характер и привести к тяжелым нарушениям психики и суициду.

Специфической особенностью кризисов в подростково-юношеском возрасте является то, что на этой стадии личностного развития формируется первая цельная форма *идентичности*. Идентичность – это результат рефлексивного процесса, отражающий подлинные представления о себе, своем пути развития, сопровождающийся ощущением личностной определенности, тождественности, целостности, дающей возможность человеку воспринимать свою жизнь как опыт продолжительности и непрерывности сознания, единства жизненных целей действий, которые позволяют действовать последовательно. Доказано, что наличие ясной позитивной идентичности – основа удовлетворенности человека жизнью.

Выдающийся исследователь кризисов развития, американский психолог Э. Эриксон подразумевал под идентичностью цельность и непрерывность личности. Идентичность создает у человека чувство устойчивости и непрерывности своего «Я», несмотря на те изменения, которые происходят с ним в процессе его роста и развития. Становление идентичности является важнейшей задачей развития личности. Э. Эриксон толкует идентичность как интеграцию всех предыдущих идентификаций и образов «Я». Формирование идентичности – это процесс преобразования всех прежних идентификаций в свете ожидаемого будущего. Переход от одной формы идентичности к другой сопровождается кризисами идентичности.

Подростково-юношеский период развития характеризуется самым глубоким жизненным кризисом. Неспособность молодых людей достичь личной идентичности приводит к тому, что Э. Эриксон назвал *кризисом идентичности*. Этот кризис обуславливают три фактора развития: бурный физический рост и половое созревание; эмоциональная нестабильность и озабоченность тем, «как я выгляжу в глазах других», «что я собой представляю»; необходимость найти свое призвание, отвечающее приобретенным умениям, индивидуальным способностям и требованиям общества. Уязвимость подростков и юношей в отношении стрессов, связанных с особенностями этого возраста Э. Эриксон также рассматривал как фактор, который может серьезно мешать развитию *идентичности*. Следует отметить, что в обществах с жестко структурированными культурными традициями и обязательными ритуалами перехода к взрослой

жизни (инициацией) либо строго определенными ролями для подростков кризис идентичности менее выражен, чем в обществах демократических.

Многие подростки и юноши, страдающие от специфических для этого возраста конфликтов, зачастую испытывают острое чувство своей бесполезности, душевного разлада и бесцельности. Они ощущают свою неприспособленность, деперсонализацию, отчужденность и иногда обращают пристальное внимание на сферы и явления жизни, противоположные тем, которые настойчиво предлагают им родители и взрослые.

Молодой человек, не знающий что он из себя представляет, начинает пробовать алкоголь и наркотики из стремления к самопознанию, с целью нащупать внешние границы своего «Я», которые в нормальном состоянии еще в полной мере не ощущаются, а вхождение в группы сверстников, характеризующиеся девиантным поведением, облегчает обретение статуса. С этих позиций Э. Эриксон интерпретирует некоторые виды девиантного поведения подростков и юношей.

Говоря о «пространстве» кризиса социальной идентичности необходимо выделить как минимум четыре сферы:

- «Я и мой внутренний мир» (пространство личностных феноменов, среди которых самооценка, самопознание, самопрезентация и др.);

- «Я и другие» (пространство межличностных отношений, особенно в семье и в сфере отношений со сверстниками);

- «Я и окружающая среда» (пространственное окружение, представленное категориями последовательности, расстояния, ориентации и др.)

- «Я и время» (пространство прошлого, настоящего и будущего, временная последовательность событий, представленная в единстве и гармонии).

Юношеский возраст, по Э. Эриксону, состоит из серии социальных и индивидуально-личностных выборов, идентификаций и самоопределения. Если юноше не удастся решить эти задачи, у него формируется размытая идентичность, развитие которой может идти по четырем основным направлениям:

- уход от психологической близости с другими людьми, избегание тесных межличностных отношений;

- размывание чувства времени, неспособность строить жизненные планы, страх взросления и перемен;

- диффузность продуктивных, творческих способностей, неумение мобилизовать свои внутренние ресурсы и сосредоточиться на какой-то приоритетной деятельности;

- формирование «негативной идентичности», отказ от самоопределения и выбор деструктивных образцов для поведения.

Наши исследования показали, что выраженной особенностью личности молодых людей, совершивших суицидальную попытку, является

несформированность личностной и социальной идентичности, для них характерно ощущение разлада с самим собой и со своим социальным окружением, низкая самооценка. При этом не было обнаружено статистически достоверных различий в сформированности личностной и социальной идентичности между парасуицидентами и молодыми людьми с высоким уровнем суицидального риска. Это говорит о высокой прогностической значимости этого фактора в определении степени суицидального риска.

Изучение сфер жизни молодых людей, где у них есть потребность чувствовать личностную и социальную идентичность, степени ее сформированности а также личностных трудностей и фрустрированности этих потребностей в процессе переживания кризиса личностной и социальной идентичности, показало, что у молодых людей с высоким уровнем суицидального риска и парасуицидентов значимыми являются следующие:

✓ *моя работа, учеба* – около 76 % парасуицидентов не удовлетворены своей работой, учебой, а снижение способности работать отметили 71.4% парасуицидентов;

✓ *мое материальное положение* – около 80 % парасуицидентов озабочены своим материальным положением, а 75 % отметили, что не могут полагаться на помощь окружающих в улучшении своего материального положения;

✓ *мой внутренний мир* – 80 % парасуицидентов не знает своих внутренних возможностей, а 76 % не умеют управлять своим душевным состоянием;

✓ *мое здоровье* – практически все парасуициденты отметили ухудшение физического здоровья),

✓ *моя семья* – около 90% парасуицидентов не стремятся к поддержанию хороших взаимоотношений со своими родителями и родственниками, но при этом более 92% из них считают семейную жизнь очень значимой сферой;

✓ *мои отношения с окружающими* – практически у всех парасуицидентов фрустрирована потребность во взаимоотношениях с окружающими людьми;

✓ *мое будущее* – у 52 % парасуицидентов отсутствуют главные цели в жизни, а для 88,1% характерна пессимистическая оценка своего будущего;

✓ *Я и общество в котором живу* – около 40 % парасуицидентов отметили, что не нашли свое место в современном обществе.

Из приведенных результатов видно, насколько глобально охвачена личность потенциального суицидента кризисом личностной и социальной идентичности. Из приведенного примера также видно, что количественные и качественные характеристики такого кризиса (острота и эмоциональный колорит) во многом зависят от макро- и микросоциального окружения.

Подростково-юношеский возраст – это еще и период *кризиса социальной сети* (социального окружения, с которым взаимодействует личность). Повзрослевшему ребенку уже недостаточно того, что он получал ранее от своего социального окружения. Близкое социальное окружение также не всегда готово к столь стремительным изменениям, которые происходят в пубертатный период. Между тем, именно в этот нелегкий для молодого человека период он нуждается в устойчивой системе социальной поддержки: понимании, терпимости и ровных отношений со стороны родителей; наличии нескольких близких друзей, с которыми поддерживаются доверительные отношения, от которых подросток получает эмоциональную поддержку и сам ее предоставляет; психологической поддержки со стороны учителей. Очень важно наличие в социальной сети подростка круга лиц, связанных общностью интересов. Многие авторы подтверждают взаимосвязь между психическим здоровьем подростка и этими показателями его социальной сети. Ряд авторов рассматривают недостаточность или отсутствие социальной поддержки, как фактор, предрасполагающий к суициду. Выявлена связь возникновения суицидальных попыток у подростков с низким уровнем социальных контактов.

Актуализация темы смерти в сознании человека всегда говорит о достаточной глубине кризисного процесса и, как следствие – о высоком деструктивном потенциале этих состояний. Темы смерти могут быть спровоцированы внешними событиями, связанными с разрушением привычных идентификаций – утратами всего того, что ранее составляло смысл жизни, потерей привычного социального статуса, конфликтами.

Диффузия идентичности, которая до определенной степени наблюдается у всех в подростково-юношеском возрасте, особенно выражена у молодых людей с психологическими проблемами. Она характеризуется чувством неуверенности, незащитности и бесцельности. Сильная диффузия идентичности чревата в дальнейшем неспособностью принимать решения, запутанностью в проблемах, потерей индивидуальности, трудностью установления удовлетворяющих отношений с тенденцией к изоляции, трудностями в работе и низкой способностью к сосредоточению на ней. Неудовлетворительное разрешение кризиса идентичности делает индивидуума менее способным справляться с насущными задачами приспособления и состоянием, граничащим с патологией. По утверждению А. Е. Личко, доля лиц с психозами среди подростков совершивших суицидальные действия составляет всего лишь 5 %. В то время как психопатии и акцентуации характера обнаружены у 20 – 30% подростков, а у всех остальных – острые аффективные и патохарактерологические реакции, связанные с подростковыми кризисами.

Э. Эриксон подчеркивал, что жизнь – это постоянные изменения. Благополучное разрешение проблем достижения идентичности на одной жизненной стадии не дает гарантии, что они не появятся вновь на будущих

стадиях или что не будет найдено новое решение старых проблем. Идентичность – это борьба «на всю жизнь». В целом же кризис идентичности выполняет конструктивную функцию. Разрушительным становится только затянувшийся кризис, ведущий к «консервации» неадекватных воззрений, подходов, оценок, действий.

По мнению В. Л. Леви и др., суициды как один из вариантов социально-психологической дезадаптации и личностного кризиса, возникают у личностей с низким порогом адаптационных возможностей, которые не могут приспособиваться к окружающей среде, тем самым вступая с ней в конфликт. Причем суицидальное поведение у них может быть как при тяжелых, так и при легких степенях социально-психологической дезадаптации.

По мнению многих авторов, наибольшей склонностью к неадекватному поведению, обладают личности с *акцентуированными*, психопатическими чертами характера и аномальностью процесса социализации. Понятие «акцентуации» впервые ввел немецкий психиатр и психолог К. Леонгард. Им же была разработана и описана классификация типов акцентуации личности. В бывшем СССР получила распространение иная классификация, предложенная известным детским психиатром А. Е. Личко. В чем-то они очень сходны, в частности, в том и другом подходе сохраняется общее понимание смысла акцентуации. Только иногда по-разному называется тот или иной тип акцентуации. А. Е. Личко в своей типологизации говорил об акцентуациях у подростков, а К. Леонгард – у взрослых.

В работах К. Леонгарда используется как словосочетание «акцентуированная личность», так и «акцентуированные черты характера», причем главным остается понятие «акцентуация личности». Сама классификация К. Леонгарда является классификация акцентуированных личностей. В советской и постсоветской психологии сложилась традиция четко, а иногда и резко подчеркивать различие понятий «личность» и «характер». Между тем западные психологи, говоря о «личности», часто имеют в виду ее характерологию. В характере находят свое выражение система отношений личности, ее установки, ценностные ориентации и т. д. Если обратиться конкретно к описаниям различных типов акцентуаций характера, то видно, что существенная их часть характеризует именно личность в ее различных ракурсах отношений с внешней средой.

Акцентуация характера представляет собой переходную ступень между психопатией и нормальной психической конституцией. Несмотря на отсутствие признаков нервно-психической патологии, у акцентуантов имеются, сформировавшиеся в условиях различных деформаций социализации, определенные типичные особенности поведения, граничащие с аномалиями. Акцентуации рассматриваются как крайний вариант нормы особенностей характера, при котором наблюдается заострение, гипертрофированная выраженность определенных характерологических черт, что влечет за собой соответствующий данной психологической структуре

модус поведения личности при значимых ситуационных нагрузках. Акцентуацию можно определить также как дисгармоничность развития характера, что обуславливает повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий и затрудняет ее адаптацию в некоторых специфичных ситуациях.

Многочисленные исследования Всероссийского научно-методического суицидологического центра показали, что суициденты и лица, имеющие суицидальные тенденции, выстраиваются как бы в один непрерывный ряд, на одном полюсе которого располагаются психически больные с выраженными патологическим отклонениями, на другом практически здоровые люди, часть из которых акцентуанты – лица с особенностями процесса развития или особой структурой биографии, различными типами социализации.

Наличие среди суицидентов большого количества акцентуантов подтверждается многочисленными трудами отечественных и зарубежных исследователей (Амбрумова А.Г., 1991; Вассерман Д., 2005; Колмаков А. А., 1999; Личко А.Е., 1991; Нечипоренко В.В., 1991 и др.). Так, например, по результатам исследований профессора В. В. Нечипоренко в начале 90-х г. г. прошлого века в России среди суицидентов выявилось около 50% акцентуантов. Анализ историй болезни пытавшихся покончить с собой молодых людей в возрасте 18-22 лет за 1993 – 98 г. г. в Республике Беларусь показал примерно аналогичную картину (около 52%). Д. Вассерман отмечает, что в европейских странах согласно полученным результатам психологической аутопсии людей, покончивших с собой, у 30-70 % выявлялась «акцентуация личностных черт».

Базисом, на котором развиваются эти черты, играющие зачастую заметную роль в возникновении суицидального поведения в неблагоприятно сложившихся условиях, являются особенности развития в детском и юношеском возрасте. Формирование этих особенностей опосредовано прежде всего характером взаимоотношений в семье и системой воспитания ребенка родителями.

В процессе личностного развития (социализации) ребенок подвержен сильному влиянию множества социально-психологических факторов со стороны окружающих его значимых лиц, прежде всего родителей. Проблемы семьи, порой скрытые, оставляют отпечаток на его личностном развитии. Неумение или нежелание родителей решить эти проблемы неизбежно передается и ребенку, являясь одним из факторов, способствующих развитию суицидального поведения. Если же эти проблемы приобретают хронический характер и ребенок не получает позитивный опыт решения сложных жизненных ситуаций, то у него образуются и закрепляются деструктивные механизмы копинг-стратегий поведения, в том числе и суицидального.

По утверждению многих авторов суициденты имеют определенный изъян социализации. Он характеризуется нарушением, ограниченностью системы контрактов, дефицитом навыков общения, обусловленным своеобразием и ограниченностью круга общения, искажением установок и

позиций в межличностных отношениях. *Ущербность социализации* как фактора, снижающего порог социальной адаптации, проявляется в узости, в сравнении с гармоничной личностью, диапазона поведенческого реагирования, неразвитости компенсаторных механизмов, эмоциональной зависимости и неустойчивости, завышенном уровне притязаний. Характерными для таких личностей являются частая фрустрированность потребностей, разрыв между «я должен», «я могу», «я есть».

Их отличительной особенностью является не только социально-психологическая дезадаптированность, т. е. нарушения в сфере межличностных отношений, но и социальная неприспособленность к требованиям общества, которая проявляется в неумении или нежелании строить свое поведение в соответствии с социальными нормами. Социальный статус их, как правило, невысок. Суицид часто является последним шансом в ряду других форм девиантного поведения, свойственного лицам этой группы.

Суициденты плохо умеют использовать свой жизненный опыт. В силу особенностей характера в памяти сохраняют преимущественно опыт неудач и болезненных провалов. Однако их деятельность руководствуется идеальными представлениями о должном. В реализации конкретно поставленной цели они ведут себя неуверенно, что сказывается на успехе. Прогнозирование результатов подчинено пессимистическому взгляду на жизнь, характерному для суицидентов. У многих из них обнаруживается неадекватно *низкий уровень самооценки*. Это вызывает постепенное усиление фрустрации значимых для них потребностей, увеличивая амплитуду переживаний негативного характера. Так наши исследования (2010 г.) показали, что потребности и возможности не оптимизированы у 76 % обследованных парасуицидентов, а считают себя неудачниками 72 %. В целом, согласно наших исследований, у большинства парасуицидентов обнаружился низкий уровень самооценки.

Картина подобных переживаний ярко отражена в посмертных записках кадетов, публикуемых В. А. Бернацким (1911 г.):

*«Все настоящее так мрачно,
А в прошлом нечего искать,
О счастье ж в будущем напрасно
Себя надеждой утешать».*

или

*«Суждены нам благие порывы,
Но свершить ничего не дано».*

Одним из наиболее часто встречающихся признаков суицидоопасного кризисного состояния является наличие переживаний с характерными *депрессивными симптомами* (*acedia* – равнодушие, безразличие, апатия, подавленное состояние). Эта особенность отмечалась еще в средние века. При этом для каждой эпохи и даже для разных стран и социальных групп была характерна своя терминология. Меланхолия, сплин, хандра, печаль, утомление жизнью, скука, депрессия – это далеко не полный перечень

терминов, используемых для оценки состояний подавленного настроения. Каждый из этих терминов связан с различными клинико-психологическими феноменами, но все они, так или иначе, отражают состояния подавленного настроения. Такое состояние психики, выходящее за рамки повседневных переживаний и поведения, неслучайно расцениваемое в христианстве как грех, чаще всего и являлось фоном, на котором человек, игнорируя церковные запреты, совершал самоубийство.

Состояния, сопровождающие развитие суицидальных тенденций, многими современными авторами характеризуются как «дистимические» либо «депрессивные». В настоящее время многие психиатры считают аффективное расстройство, особенно депрессию, единственным психиатрическим диагнозом, наиболее тесно связанным с самоубийством. У большинства пациентов, совершивших суицид, отмечались различные симптомы депрессии. По ряду литературных источников 60 – 70 % субъектов, совершающих суицидальные попытки, страдают аффективными расстройствами, а риск суицида у депрессивных больных в 30 раз выше в сравнении с общей популяцией. Наши исследования (2010 г.) показали, что 52,3 % молодых людей с высоким уровнем суицидального риска имеют выраженную и тяжелую форму депрессивного состояния, а среди совершивших попытку уже после оказания им психиатрической и психотерапевтической помощи – 57,5 %.

Если деперсонализация, характерная для кризиса идентичности, поражает прежде всего самосознание, то депрессия – эмоциональную жизнь личности. Для психически нормальных лиц депрессивные состояния трактуются не в клиническом, а в психологическом понимании: ощущение невыносимости ситуации, душевной боли, тоски, одиночества, ненужности, безвыходности и безнадежности, а также чувство усталости. Подобные состояния имеют психогенный характер, т. е. возникают в результате воздействия психической травмы и имеют обратимый характер. Многие авторы отмечают, что суицид у депрессивных личностей следует рассматривать как многофакторное явление, в генезе которого большое значение имеет взаимосвязь средовых воздействий, социально-психологических структур личности, которые составляют основы социализации индивидуума, а также психопатологических симптомов.

Термин «дистимия» иногда используется специалистами для отражения особенностей психической конституции – акцентуаций характера. Отличительной особенностью акцентуантов такого типа является склонность к переживаниям депрессивного характера. По сравнению с патологическими депрессиями дистимические отклонения характеризуются более мягкой формой протекания этого расстройства психической деятельности. Дистимические состояния начинают проявляться уже в детстве и сопровождаются мрачно-подавленным настроением и тревожными расстройствами. Психическое развитие таких детей часто замедляется этими

особенностями. В связи с этим для их личности в последующем характерны неуверенность в своих способностях и пессимизм.

Представления о депрессии в ее психологическом контексте удачно проиллюстрированы американским психологом Д. Майерсом. Он приводит результаты ряда исследований, где указывается, что негативная самооценка и пессимистичные ожидания человека, характерные для состояний депрессии, являются существенным звеном в порочном круге, который запускается негативными переживаниями. У тех, кто уязвим для депрессии, психические травмы являются пусковым механизмом к пессимистическому взгляду на жизнь, сосредоточенности на себе, самообвинению. Д. Майерс отмечает: «Подобного рода размышления порождают депрессивное настроение, круто изменяющее мысли и поступки человека, которые, в свою очередь, подпитывают негативные переживания, самообвинение и депрессивное настроение... В периоды депрессии человек становится избирательно чувствителен к своим отрицательным качествам; аккумулируя такие сигналы, он может создать персонификацию настолько ужасную, что будет пытаться ее уничтожить». При этом сам акт уничтожения в сознании суицидента является стремлением уберечь и защитить свое «истинное» «Я». В такие моменты преобладают чувства безнадежности и беспомощности, проблемы кажутся непреодолимыми и в будущем не предвидится ни их разрешения, ни каких бы то ни было благоприятных перемен. Известный исследователь депрессий и депрессивных состояний А. Бек специально подчеркивал, что у депрессивных пациентов с суицидальными тенденциями, *фактор безнадежности* является надежным критерием серьезности суицидальных намерений.

Возрастной особенностью депрессии у подростков и юношей является чрезмерная эмоциональность, дисфорический оттенок настроения, неусидчивость и беспокойство, рассеянность внимания с его фиксацией на мелочах, конфликтность во взаимоотношениях, склонность к бунту и непослушание, плохая успеваемость и прогулы в школе, употребление психоактивных веществ. Суицидоопасные депрессии у подростков и юношей часто протекают атипично, проявляясь симптомами сомато-вегетативных расстройств, ипохондрическими нарушениями, девиантным поведением, дисморфофобическими симптомами и проявлениями метафизической интоксикации. Девочки-подростки страдают от депрессий в три раза чаще, чем мальчики. В пресуицидальном периоде у подростков часто выявляются различные варианты депрессивных состояний и ситуационных реакций, как правило, на фоне подростковых акцентуаций характера. Молодые суициденты с депрессией чаще имеют устойчивые проблемы в школе и сложности в формировании отношений со сверстниками. Для них злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами и другие виды асоциального поведения являются дополнительными факторами суицидального риска.

Диагностика депрессии у молодых людей часто осложняется взаимодействием ее симптомов с признаками психосоциальных кризисов нормативных стадий развития. Первым отчетливым признаком депрессии может стать ухудшение школьной успеваемости из-за проблем с сосредоточением внимания, которые обычно воспринимают как лень и пренебрежение своими обязанностями. Ярко выраженными являются чувства неудачливости и безнадежности. У подростков с депрессией может нарушаться ритм сна – бодрствования. Так, наши исследования (2010 г.) показали, что расстройствами сна страдали 85.8% молодых людей, совершивших попытку суицида.

В современной суицидологии выделяются в отдельную категорию психические состояния, выходящие за рамки нормальных и обладающие потенциальной суицидоопасностью. Одним из них является *психалгия* – «невыносимая душевная боль». По мнению В. А. Тихоненко и др., психалгия – это не патология, при ней не нарушается режим основных вегетативных, витальных проявлений, сохраняется способность эмоциональной дифференциации внешних раздражителей, удерживается система общения, состояние душевной боли зачастую скрывается. При психалгии нарушается равновесие в соотношении временных периодов: она отрезает индивида от его прошлого и будущего, фиксируя на настоящей душевной боли. Дезактуализируются потребности, не связанные с болью. Остается лишь деятельность, связанная непосредственно с психалгией. Возможные варианты исхода психалгии: возвращение к норме; суицидальное поведение; психическая патология.

У суицидентов депрессивные состояния сопровождаются острым переживанием *одиночества*. Это является одним из значимых моментов, закрепляющих и развивающих суицидальную тенденцию, поскольку потребность в контактах с другими людьми – одна из базовых человеческих потребностей. Дезорганизация социальных связей на фоне социально-психологической дезадаптации ведет к одному из самых болезненных переживаний – одиночества и отверженности. По этому поводу Д. Майерс пишет: «Если депрессия среди психологических расстройств – обычная простуда, то одиночество – головная боль». Целый ряд авторов характеризует одиночество как катастрофу для психики человека. Американский психолог из Колумбийского университета Д. Янг отмечал, что одиночество – младшая сестра депрессии, хотя не каждый одинокий человек страдает от депрессии. Однако любой, кого она мучает, действительно одинок. А депрессия сама по себе суицидогенна.

Одиночество является наиболее мощным мотивом суицидального поведения в любом возрасте, но у молодых людей переживание одиночества оказывается особенно болезненным и суицидоопасным. Оно может быть как внезапно возникшим чувством, так и хроническим переживанием. Формы переживания одиночества разнообразны: неутоленная потребность в любви, супружеская ревность в ситуации покинутости, жажда уважения, признания,

понимания и т.д. Э. Шпрангер отмечал: «Ни в каком возрасте человек не нуждается так в понимании, как в годы юности».

Наши исследования в группе молодых людей, совершивших попытку суицида, показали, что около 93 % из них испытывают нужду в отношениях с другими людьми, но у 56% парасуицидентов при этом нет друзей, а у 72 % отсутствуют друзья (подруги) противоположного пола. На вопрос: «Часто ли у Вас возникает желание побыть одно(й)му?» – 97,6 % этих же обследуемых ответили утвердительно. Это служит яркой иллюстрацией особенностей личности суицидента. В данном случае у большинства парасуицидентов очевидными являются неудовлетворенность социальным окружением, фрустрированность потребности во взаимоотношениях с другими людьми и отсутствие способности их устанавливать и поддерживать. Этим, на наш взгляд, обусловлена острота переживания одиночества у таких молодых людей.

Переживание одиночества является эмоциональным сопровождением неудовлетворенных специфических человеческих потребностей. В основе его, в отличие от витальных, лежат переживания сложного порядка, относящиеся к структуре сознательного человеческого «Я» и вызванные внешним воздействием на его систему ценностей. У суицидентов на основе анализа источников авторами обнаружены следующие психологические «компоненты» переживания одиночества: состояние и содержание неразделяемой, непринятой или отвергаемой другими системы ценностей; уровень, характер и состояние социализации, степень включенности в социум; особенности эмоциональной реактивности, эмотивности, колорит гаммы эмоций; структура ситуации, условий, предшествующих переживаниям одиночества либо сопровождающих их; разрушение либо угроза разрушения значимых эмоциональных отношений; интенсивность потребности в общении (чем больше, тем сильнее фрустрированность).

Причинами переживаний одиночества могут быть как жизненные ситуации, так и личностные особенности (например, Гарри Галлер, главный герой романа Г. Гессе «Степной волк»). У людей с низкими адаптационными возможностями эти переживания углубляют состояние дезадаптации, усиливая риск выхода в суицид. По данным М. Г. Балашовой и Е. Ю. Собчик, контингент переживающих одиночество, составил 80 % от группы лиц с выраженным суицидальным риском. При этом авторами выявлены следующие причины, порождающие чувство одиночества:

- внезапная утрата значимого близкого в результате смерти;
- утрата близкого вследствие разрыва отношений;
- отсутствие взаимопонимания между родителями и детьми подросткового и юношеского возраста;
- трудности социальной адаптации и общения у акцентуированных дисгармоничных личностей.

Одиночество является одним из элементов переживания кризиса идентичности. Оно может проявляться в широком диапазоне – от смутного ощущения своей оторванности от людей до полного поглощения экзистенциальным отчуждением. Чувство одиночества связано с самой природой тех переживаний, которые составляют содержание поиска своего «Я». Высокая интрапсихическая активность вызывает потребность все чаще и чаще уходить от повседневности в мир внутренних переживаний. Значимость отношений с другими людьми может угасать, и человек может чувствовать нарушение связи с привычными для него идентификациями. Это сопровождается своеобразной депривацией привычных чувств. Состояние безразличия к окружающему накануне суицидальной попытки, согласно результатов наших исследований, отметили около 81 % опрошенных парасуицидентов (Г. А. Бутрим, А.А. Колмаков и др., 2010 г.).

Переживания депрессии и одиночества многие пытаются компенсировать употреблением алкоголя. Еще в конце XIX столетия учеными выявлена устойчивая статистическая зависимость между количеством употребляемого в стране алкоголя и количеством самоубийств. Такая связь между алкоголизацией населения и суицидальным поведением была установлена и подтверждена многими последующими работами отечественных и зарубежных ученых.

В рассмотрении проблемы соотношения нормы и патологии в суицидальном поведении роль **алкоголя** представляется одной из значимых. В мире от 10 % до 22 % умирающих в результате суицида страдали алкогольной зависимостью. Исследования российских суицидологов показали, что более 60% суицидальных актов совершается в состоянии алкогольного опьянения. Наши исследования (2010 – 2011 г. г.) показали, что состояние алкогольного (наркотического) опьянения нравится примерно 70 % обследованных парасуицидентов. В целом на фоне алкоголизма суицидальное поведение встречается в 20–30 раз чаще. Характерной особенностью суицидального поведения при алкоголизме и наркомании является тенденция к рецидивам. По мнению различных авторов, 40 – 88,6 % алкоголиков и наркоманов совершают повторные аутоагрессивные действия.

Длительное злоупотребление алкоголем способствует социально-психологической дезадаптации, усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду. Пьяницы нередко чувствуют себя лишенными любви окружающих. Они выпивают для того, чтобы притупить эту боль. Поскольку алкоголь способствует возникновению депрессии, то ее начальные признаки возникают довольно быстро. После выпивки они чувствуют себя еще более подавленными и виновными, и это является поводом для нового приема алкоголя. Таким образом, возникает порочный круг: социально-психологическая дезадаптация и депрессия приводит к употреблению алкоголя, что, в свою очередь, вызывает еще большую депрессию, приводя в дальнейшем к алкоголизации или запоям. Алкоголь также усиливает

агрессивность, которая может привести к саморазрушению, если обращивается на самого себя.

Однако на суицидальное поведение влияет не только алкоголизм, но и эпизодическое употребление алкоголя, выступающее как стимул к суициду. В период алкогольной интоксикации в одних случаях реализуется имевшееся ранее намерение покончить с жизнью, а в других – суицидальный акт развивается импульсивно (по малейшему поводу). Похмелье, по мнению многих авторов, также суицидогенно на фоне депрессии и других аффективных нарушений.

Алкоголизм и наркомания как факторы риска суицида находится на втором месте после аффективных расстройств (депрессий). По сути алкоголизм и наркомания – пролонгированные аналоги самоубийства. У многих людей риск самоубийства не обязательно возникает как итог тяжелой зависимости. Для многих случаи чрезмерного употребления алкоголя и опьянения также обуславливают риск несчастных случаев и самоубийства в силу снижения способности к контролю своих побуждений и конструктивному мышлению. Алкоголь способствует серьезному нарушению когнитивных способностей и, как следствие, утрате гибкости мышления и возможности принимать альтернативные решения.

Суицидоопасность алкогольного фактора на фоне неблагоприятных жизненных обстоятельств у психически нормальных людей представляется следующим:

- абстинентный (похмельный) синдром, вызванный алкогольной интоксикацией, сопровождается острыми депрессивными состояниями, чувством вины, тягостными соматическими ощущениями (часто проявляется в процессе «запойного» пьянства);

- алкогольное опьянение усиливает амплитуду и лабильность эмоционального фона, тем самым может вызвать гиперболизацию негативных переживаний;

- у психопатических личностей (выраженных акцентуантов) употребление алкоголя провоцирует обострение акцентуированных черт, что способствует углублению конфликта и социально-психологической дезадаптации.

Таким образом, алкоголь в большем числе случаев суицидального поведения является не причинным, а провоцирующим фактором.

Подростки и юноши обычно подвергают проверке разные типы поведения и социальные роли, что нередко сопровождается экспериментированием с приемом алкоголя, наркотических средств и других психоактивных веществ, курением и т.д. В значительной степени этому способствует семейное неблагополучие и очень часто такое поведение свидетельствует о скрытой депрессии, из которой они самостоятельно, неосознанно, пытаются выйти.

В интересах профилактики влияние алкоголя на возникновение суицидальных тенденций следует рассматривать с точки зрения не

хронического заболевания, влекущего деградацию и распад личности, органическую и психологическую зависимость, а с точки зрения суицидоопасного фактора, вызванного поиском компенсаторных механизмов к неблагоприятно сложившейся жизненной ситуации. Чаще всего злоупотребление алкоголем и суицидальное поведение имеют общий социально-психологический источник – невостребованность личностного потенциала человека, ощущение собственной несостоятельности и ненужности.

Часто употребление алкоголя сочетается с приемом других психоактивных веществ как в прямых суицидальных целях, так и ненамеренно. Наркотики и алкоголь представляют собой летальную комбинацию. Алкоголизм и наркотизация являются пролонгированными аналогами суицидального поведения. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию. Наркотики являются также одним из широко распространенных средств совершения самоубийств путем передозировки.

Наркомания и суициды тесно связаны между собой. Уровень суицидентов в выборках наркоманов в десятки раз превышает популяционный. Многие наркоманы, как и другие потенциальные самоубийцы чувствуют себя нелюбимыми окружением и сами не любят никого. По словам психиатра И. Сэджера, «никто из тех, кто не оставил надежду на любовь, не совершает самоубийства». Наркотики притупляют чувства и как бы держат близких людей и весь мир на расстоянии. Длительное употребление наркотиков и их влияние на организм, так же как и общий стиль жизни наркоманов в целом, в значительной мере направлены на саморазрушение независимо от степени осознания ими летальности своего поведения.

Для подростково-юношеского возраста характерна еще одна группа психических расстройств, повышающих, по мнению многих авторов, суицидальный риск. Тревожные расстройства и депрессивные состояния зачастую толкает молодых людей на поиски утешения в еде. В других случаях отмечаются резкое снижение веса. Невротические **булимия** (обжорство) и **анорексия** (голодание) часто сопутствуют депрессии у молодежи.

Анорексия часто начинается в связи с половым созреванием, когда много детей и подростков озабочены своей внешностью. При расстройствах пищевого поведения отмечаются серьезные нарушения восприятия себя и своего тела в некоторых случаях достигающие патологического уровня. Согласно данным, приводимых Д. Вассерман, уровни смертности пациентов с расстройствами пищевого поведения приблизительно составляют 6-8 %, причем самоубийство является основной причиной смерти. Для страдающих анорексией подростков и юношей обоих полов весьма характерно наличие депрессии. На протяжении многих лет после первичного выявления расстройства пищевого поведения суицидальный риск остается высоким.

Мальчики с расстройством пищевого поведения также заметно подвержены повышенному риску самоубийства и суицидальных попыток. У девочек и мальчиков с расстройствами пищевого поведения часто выявляются расстройства личности. Они отличаются интравертированностью и склонностью к депрессии.

В рассмотрении проблемы нормы и патологии в суицидальном поведении нельзя обойти вниманием вопрос о возможности наследования феномена суицида из поколения в поколение. В обывательском представлении, с которым авторам приходилось сталкиваться, такая возможность рассматривается с высокой степенью вероятности. О суицидоопасности наследственного фактора упоминается и в исследованиях многих зарубежных и отечественных суицидологов. Так, например, анализ суицидального поведения среди молодых людей в России, проведенный в 1992 году (Нечипоренко В. В.), показал, что среди суицидентов 5,5 % имели близких родственников, покончивших с жизнью либо покушавшихся на нее. В Республике Беларусь подобный анализ за период 1992 – 1997 гг. выявил 3,7 % суицидентов с такой наследственностью (Колмаков А. А., 2000 г.), а опрос молодых людей в 2010 году, совершивших суицидальную попытку, показал, что у 26,3 % обследованных парасуицидентов среди родных и близких были факты покушения на собственную жизнь (Бутрим Г. А., Колмаков А. А. и др., 2010 г.).

В вопросах профилактики очень значимым представляется ответ на вопрос в какой форме этот фактор проявляется в суицидальном поведении. Попытки представить его в генетическом аспекте или особом виде унаследованной психической либо органической патологии к успеху не привели. Как не найден психологический портрет суицидента, так и не найдено особого типа патологии, т.е. нозологической формы, ведущей к суициду. Многие думают, что генетическая наследственность настолько важна, что может определить судьбу человека, однако это предположение далеко от истины. По мнению Д. Вассерман все монозиготные близнецы имеют одинаковую генетическую структуру, однако если один из них подвержен депрессии, то риск, что это заболевание возникнет у второго, составляет примерно 50 – 60 %. Если же один монозиготный близнец кончает с собой, то риск гибели от самоубийства для второго составляет всего 13 %.

Более широкий взгляд на эту проблему представлен в концептуальной модели большинства российских суицидологов, где она раскрывается с точки зрения личностных адаптационных возможностей и сформированных у человека моделей поведения. С их точки зрения роль семьи в формировании у индивида суицидальных тенденций носит сложный опосредованный характер. Истинной суицидальной наследственности не существует. Наследуется не склонность к суициду, а психопатологическая и социально-психологическая основа возникновения условий дезадаптации личности в социальной среде. Усвоение ребенком образцов поведения близких людей создает основу для воспроизведения тех же стандартов поведения во

взаимоотношениях с окружающей действительностью в будущем. Хрестоматийным примером в этом отношении является самоубийство Хэмингуэя Э. Он долгие годы хранил ружье, из которого покончил с жизнью его отец. И в момент неразрешимой для него жизненной ситуации, он по примеру отца воспользовался этим ружьем.

С другой стороны науке известна детерминирующая роль семьи в формировании у ребенка не только образцов реагирования на различные жизненные обстоятельства, но и психопатологических черт характера. Эти факторы существенно влияют на формирование адаптационных психических механизмов. Так, например, согласно данным Д.Н. Оудсхоорна (1993 г.) у 2/3 подростков-суицидентов выявились инфантильно-зависимые и амбивалентные связи с матерями, в то время как сами матери характеризовались депрессиями и суицидальными наклонностями. Суицидальность этих подростков основывалась на идентификации с матерью.

Между тем, как не найдено особых черт характера или особого типа личности, более всех предрасположенных к суицидальному поведению, так и не выявлено особого типа семьи, неизбежно порождающего у человека суицидальное поведение. Можно лишь утверждать, что одни семьи обеспечивают для своих членов лучшую психологическую защиту, чем другие.

При изучении проблемы суицидального поведения в профилактическом аспекте весьма значимым представляется выявление ключевых характеристик психического мира индивида в динамике развития суицидальных тенденций, ориентирующих процесс приложения усилий в профилактической работе и дифференцирующих этот процесс по специфическим направлениям деятельности. В силу этого соотношение нормы и патологии в ключевых позициях и факторах, сопровождающих развитие суицидальной тенденции, является базовой проблемой в ориентации всей системы профилактических мероприятий.

Анализ источников показал, что такими ключевыми позициями и факторами являются: личностные особенности, детерминирующие суицидоопасную форму социально-психологической дезадаптации; психическое состояние в момент ее возникновения; факторы, провоцирующие ее развитие в суицидальное намерение. Они являются «узловыми» моментами в осмыслении суицидального поведения как психического явления и, соответственно, в выборе форм и методов его эффективной профилактики.

И. А. Сикорский отмечал, что суицидальные тенденции «в огромном числе случаев относятся к разряду психологических, то есть нормальных явлений, или – самое большее – к разряду психических недомоганий». Многочисленные исследования показали, что суицидальные тенденции в преобладающем количестве имеют *психогенный характер* и являются в преобладающем большинстве случаев следствием не психической болезни

либо патологии, а особого психического *состояния* – *социально-психологической дезадаптации*. Дезадаптация характеризуется частичной или полной утратой значимых социальных контактов человека, дезориентацией в адекватном реагировании на внешние воздействия, острым переживанием возникшего «вакуума» между ним и социальным окружением. Такого рода дезадаптация является в большей степени социально-психологической.

Как состояние дезадаптации, так и последующее суицидальное поведение являются результатом психогенного воздействия и формируются под влиянием тесного взаимодействия *внутренних и внешних факторов*. К внешним факторам можно отнести все воздействия на индивида, носящие для него стрессогенный характер. Для человека, как существа социального, они проявляются, как правило, в форме *конфликтов*. Проблема нормы и патологии возникает, прежде всего, при рассмотрении внутренних факторов. К ним можно отнести такие, как: черты характера, особенности социализации, деструктивный спектр переживаний конфликта, кризиса идентичности, одиночества и соответствующих им состояний, алкогольно-наркотический фактор. Эти факторы в большинстве случаев проявляются в непатологической форме и диагностируемы.

Выводы, полученные в результате многочисленных эмпирических исследований, свидетельствуют о том, что в объяснении и профилактике суицидального поведения среди многочисленных подходов центральную позицию занимает социально-психологический аспект. Таким образом, суицидальное поведение – проблема прежде всего социально-психологическая. В связи с этим акцент в системе профилактических мероприятий должен ставиться на деятельности организационных структур, функционально связанных с этой стороной жизни и деятельности учреждений системы образования.

Глава II. СУИЦИД КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

По мнению большинства современных отечественных и зарубежных суицидологов социально-психологические факторы играют решающую роль в провоцировании практически всех видов суицидального поведения психически нормальных людей. Среди этих факторов на первом месте оказываются факторы дезадаптации, связанные с нарушением социализации, когда статус не соответствует уровню притязаний.

Анализ феномена суицидального поведения показал, что в большинстве случаев суицид, особенно молодых людей, имеет целый ряд наблюдаемых специфических признаков – от условно-причинных факторов, формирующих состояние социально-психологической дезадаптации, до пресуицида, отражающего динамику формирования суицидального намерения. Любой суицидальный поступок не имеет закономерной предопределенности, поэтому рассматривается в контексте личностного выбора в определенной жизненной ситуации. Выбор этот происходит в ненормальных для личности условиях; суицидальная тенденция возникает в результате сложной интеграции неблагоприятных для личности макросоциальных, микросоциальных и личностных факторов в значимой, как правило, конфликтной ситуации, формирующей состояние социально-психологической дезадаптации, когда суицидальный мотив приобретает личностный смысл.

К *макросоциальным* факторам следует относить продолжительное стрессогенное воздействие социальных процессов, в которые включен индивид и которые отражают степень интегрированности индивида в системе социальных отношений. К *микросоциальным* факторам относятся неразрешенные конфликты личности с непосредственным социальным окружением, ставшие внутриличностными, которые играют роль стимулирующего социально-психологического механизма формирования, развития и реализации суицидальной тенденции. *Личностные* факторы представляют собой индивидуальные особенности реагирования индивида в ситуациях, угрожающих его образу «Я» и опосредуют ограниченность адаптационных возможностей. В личности суицидента эти факторы интегрируются в особое функциональное состояние *пресуицида*, характеризующееся как прогрессирующий процесс. В картине суицидального поведения они выполняют функцию *предиспонирующих факторов* (степень интегрированности в социуме и личностные особенности) и *ситуационных* (событийных) *факторов* (состояние социально-психологической дезадаптации, суицидогенный конфликт, личностный кризис).

2.1. Социально-психологические факторы суицидального поведения молодых людей.

Социально-психологические факторы играют важную роль в провоцировании всех видов суицидального поведения. В самоубийстве – его способе, деталях, мотивах, ему способствовавших, – отражается и жертва, и социальная среда, в которой она жила и из которого приняла решение уйти. Суицид – это не совсем индивидуальная поведенческая реакция, обусловленная психологическими и патопсихологическими особенностями личностных реакций в экстремальных жизненных обстоятельствах. Суицидальный феномен представляет собой также статистически устойчивое социальное явление, которое связано с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития и жизни общества. В суицидальном поведении эти условия формируют индивидуально неповторимую систему внешних факторов, обуславливающих самоубийство или покушение на него.

Анализ показал, что в случаях суицидального поведения внешние факторы имеют микро- и макросоциальное выражение. И, если межличностные конфликты как микросоциальные факторы в той или иной степени отражены в картине суицидального поведения, то макросоциальные в каждом конкретном случае трудно различимы. Тем не менее наличие характерных тенденций в обществе говорит об их незримом присутствии.

В трудах отечественных и зарубежных ученых, изучающих различные аспекты суицидального поведения, справедливо утверждается точка зрения, что адекватное понимание причин возникновения подобного поведения возможно лишь при учете связи этих форм поведения с различными сторонами жизни общества. Более чем двухсотлетние исследования суицидального поведения как явления социальной жизни свидетельствует о тесной зависимости между частотой самоубийств и такими макросоциальными факторами как: степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности; интенсивность миграционных потоков; нарушение привычных жизненных стереотипов под воздействием социальных или политических преобразований; ослабление роли традиционных социальных институтов, регламентирующих взаимоотношения между членами общества. Причем анализ мировой статистики самоубийств, проведенный суицидологами, показал, что доминирующее влияние на распространение суицидов оказывают факторы, находящиеся не столько в социально-экономической, сколько в социально-психологической, культурной, исторической сферах жизни человека. Так, например, в таких стабильных странах, как Финляндия, Венгрия, Япония, Южная Корея и др., характеризующихся высоким уровнем жизни и отсутствием социальных катаклизмов, средний уровень самоубийств остается достаточно высоким, и практически, постоянным на протяжении последних десятилетий. Для более широкого понимания причинности суицидального поведения молодых людей

представляется значимым выявить пути и психологические механизмы опосредованного влияния макросоциальных факторов на формирование суицидальных мотивов. Это влияние, на наш взгляд, осуществляется, главным образом, по двум направлениям:

- усвоение культурных образцов, стереотипов и моделей поведения в процессе социализации;

- изменение структуры и содержания социальных взаимодействий;

т.е. сложным комплексом *дестабилизирующих* и *провоцирующих* факторов, преломляющихся, сложно опосредующихся личностью покушающегося на собственную жизнь.

Влияние макросоциальных факторов на формирование суицидальных тенденций сложноопосредованное и кроется в диалектике общественного развития, в том, что изменения, происходящие на уровне всего общества, не всегда находят адекватное отражение на уровне микросреды и личности, оказывая при этом *дестабилизирующее* воздействие на структуру и содержание социальных взаимодействий. Это не раз подтверждали факты отечественной истории, когда «пики» самоубийств приходились на пореформенные периоды и совершались людьми зрелого возраста со стабильным до катаклизма социальным положением. Наиболее уязвимыми оказывались те слои и социальные группы, которые в большей степени были зависимы от старой системы отношений. Наглядным примером тому служит тот факт, что в 1917 – 1920 гг. среднегодовой уровень самоубийств среди царских офицеров был в 50 – 60 раз выше соответствующего показателя среди гражданского населения.

Дестабилизирующее влияние макросоциальных факторов на молодежь осуществляется несколько иначе. Изменения системы социальных отношений объективно вызывает необходимость изменения системы социальных установок и ценностей у членов общества. За прошедшие два с небольшим десятилетия претерпели серьезные деформации такие традиционные национальные ценности, как семейственность, коллективизм, товарищество. Государственные и общественные институты не всегда могут гарантировать личности стабильный характер ее жизни и деятельности. Размытость перспектив, а соответственно смысложизненных ориентаций, при ощущении утраты социальной опоры создают предпосылки возникновения чувства одиночества перед лицом жизненных обстоятельств. Это существенно снижает адаптационные возможности человека.

Изменения в системе социальных отношений предполагают изменения и в духовной культуре. А период самих изменений характеризуется нарушением процесса преемственности моральных и духовных ценностей, образованием своеобразного духовного «вакуума», который заполняется несистематизированными культурными ценностями, как правило, пришедшими извне. О деструктивном влиянии подобного явления упоминают в своих трудах Острогорский А.Н. (1893), Бехтерев В.М. (1909), Сикорский И.А. (1913). По этому поводу Сикорский И.А. писал: «Неудивительно, что

при таком нездоровом настроении общества, самый факт самоубийства совершается иногда без глубокой, свойственной ему психологической мотивировки... Мысль о самоубийстве может стать роковой в определенной ситуации, подобно пробе стать для опыта у обрыва».

Наиболее уязвимой в этом отношении оказывается молодежь. Жажда новых знаний и одновременно неспособность к зрелой критической оценке этих знаний приводит к некритическому усвоению в основном постулированных положений, что увеличивает отрыв от окружающей действительности и духовный разрыв с близкими людьми.

На принятие индивидом суицидального решения оказывают также воздействие сложившиеся в данной социальной общности и внутри определенных социальных групп культурные традиции, особенности мировосприятия, представление о ценности индивидуальной жизни, поведенческие стандарты, обладающие преемственностью и существующие зачастую независимо от социально-политического устройства общества. В основе суицидальной мотивации лежат не только свойственные конкретному человеку характерологические и мировоззренческие особенности. Каждый суицидент является носителем определенных ценностей и психологических установок, присущих той этнокультурной среде, в которой произошло формирование его как личности. Среди этих социокультурных образцов встречаются и такие, которые при необдуманной интерпретации могут стать *провоцирующим* суицидальный поступок фактором.

Для того, чтобы понять, почему в той или иной жизненной ситуации выбирается суицид как способ выхода из конфликта, нужно обратиться к анализу социального смысла суицида, к значению, которое придается этому поступку в той или иной социальной группе. П. Г. Розанов утверждал: «Самоубийства нашего времени составляют наследие прошлого; современное общество не может не давать известного процента самоубийств, потому что является продуктом прежних поколений, культуры, нравов, жизненных условий». Культурные штампы, социальные нормы, установки, ценностные ориентации дифференцируются внутри различных субкультур, поэтому отношения к любым видам человеческого поведения, в том числе и суициду, чрезвычайно разнообразны и порой противоречивы.

Описания различных фактов и типов самоубийств можно встретить практически во всех древнейших рукописных произведениях: Ригведе, Рамаяне, Библии, Коране, Калевале и т. д. В них встречаются не только описания различных случаев и типов самоубийств у разных народов, но и отражены мотивы, которые могли приводить к самоубийству, способов и видов самоубийств, отношение общества к самоубийству отдельных своих членов или целых групп.

Самоубийство нашло поэтическое отражение в сказаниях и мифах, по существу, всех народов, в форме мифологизированных эпизодов вошло в большинство религиозных учений и священных книг от древнеиндийских Вед до Библии. Европейская культура, в том числе и белорусская, выросшая

из корней древнегреческой и древнеримской, наглядно демонстрирует это разнообразие и противоречие. В Древней Греции и Древнем Риме наряду с общественным порицанием самоубийства как явления допускалось лишение себя жизни отдельными людьми в определенных обстоятельствах. Случаи лишения себя жизни воспевались в мифологии либо находили место в литературе и исторических документах, как примеры добродетели, любви, самоотверженности и личностной свободы. В древнегреческой мифологии – это Геракл и Корес, в древнеславянской мифологии – былина о трагической любви Дуная и Настасьи, в исторических документах – Сократ, Демосфен, Зенон, Эпикур, Сафо и др. В истории Древнего Рима – Катон, Брут, Кассий, Плиний, Ганнибал, Лукреция, Марк Антоний, Клеопатра и др.

Например, в Древней Спарте чтили память самоубийцы Ликурга. Этот государственный деятель установил законы, по которым следовало жить спартанцам, взял с сограждан слово следовать им, пока он не вернется, и отправился к дельфийскому оракулу. Когда оракул одобрил нововведения, Ликург уморил себя голодом, чтобы связанная словом Спарта продолжала жить по его законам и дальше. Самоубийство древнегреческой поэтессы Сафо, бросившейся с Левкадийской скалы, настолько прочно сохранилось в истории и культуре, что выражение «пойти на Левкадийскую скалу» стало в обыденном языке синонимом самоубийства и означало угрозу покончить руки под влиянием отчаяния.

Христианство также не избежало противоречий. Наряду с полным неприятием суицида как возможного поведенческого акта в библейских преданиях самоубийства Саула и Разиса запечатлены как примеры добродетели и стойкости духа. Много раннехристианских мучеников сами лишали себя жизни и были причислены к лику святых. Так, Пелагея и Софрония (обе в последующем канонизированные святые) покончили с собой: Пелагея, спасаясь от преследования солдат, вместе с матерью и сестрами бросилась в реку и утонула, Сафрония же лишила себя жизни, чтобы избежать насилия со стороны императора Максенция, домогавшегося ее.

Несмотря на жесточайшие запреты и гонения духовных и светских властей в отношении самоубийц и самоубийства, как в Западной Европе, так и в России, начиная с Эпохи Возрождения, появляются памятники художественной культуры, где авторы силу чувственных переживаний главных героев представляют в акте их самоубийства. Примерами могут служить картина Г. Летьера «Самоубийство Катона Утического», трагедии У. Шекспира «Ромео и Джульетта» и «Отелло», роман И. Гете «Страдания юного Вертера», сказка «Русалочка» Г. Х. Андерсена, роман Л. Н. Толстого «Анна Каренина» и т. д. Тема самоубийства отражена в произведениях таких классиков русской литературы, как Л. Андреев, Ф. Достоевский, А. Куприн, Д. Мережковский и др. Влияние их произведений на духовную культуру и духовный мир отдельных людей не нуждается в доказательствах.

Стало научным фактом их влияние и на распространение самоубийств. Талантливые произведения искусства, личности их героев, «кумиры» могут породить целые эпидемии самоубийств, особенно в молодежной среде. После выхода в свет в 1774 году романа «Страдания юного Вертера», в котором отвергнутый юноша из-за безответной любви совершает самоубийство, по Европе прокатилась волна юношеских самоубийств. Роман И. Гете оказал необычайное воздействие на молодых людей того времени. Юноши, оказавшиеся в ситуации Вертера, в подражание любимому герою стрелялись прямо с книгой в руках. Власти некоторых европейских государств даже запретили эту книгу, опасаясь распространения самоубийств среди молодежи. И. Гете, после написания «Страдания юного Вертера» сказал: «Я написал «Вертера», чтобы не стать Вертером». Но так получилось, что преодолев свой личный кризис, писатель спровоцировал других людей. Примерно такой же эффект на русское общество начала XIX в. оказала «Бедная Лиза» Н. М. Карамзина.

В мировой культуре достаточно много примеров подобной «моды» на самоубийства. Так, например, в России такие явления отмечались в печально известных местах: Фонтанка, Лизин пруд, могила С. Есенина и др. На протяжении XIX в. и в начале XX в. славой места самоубийц пользовался водопад Иматра в Финляндии. Водопад Хогенакала в южной Индии, послуживший эффектным фоном для съемок сцены самоубийства в фильме о судьбе несчастных влюбленных, в дальнейшем стал местом вполне реальных сцен самоубийств. Одним из ведущих по популярности мест совершения самоубийства во всем мире в настоящее время занимает лес Аокигахара у подножия горы Фудзи в Японии. Ежегодно там сводят счеты с жизнью от 80 до 100 человек.

Социально-психологические механизмы влияния этого фактора стали известны еще в начале XX века. Они отражены в таких закономерных явлениях социальной жизни, как *заражение*, *внушение* и *подражание*, отмеченных в исследованиях Бернацкого В. А., Бехтерева В. М., Острогорского А. Н., Сикорского И. А. и др. Иллюстрацией этому могут служить известные исторические факты из эпохи правления Наполеона Бонапарта. Первый из них рассказывает о том, что один солдат, находясь в сторожке, покончил с жизнью. После этого не проходило дня, чтобы кто-нибудь из сослуживцев не проделывал того же самого. Самоубийства прекратились только после того, как сожгли сторожку. Другой факт свидетельствует о систематическом самоповешении ветеранов на воротах Дома Инвалидов. Наполеон, еще будучи первым консулом, интуитивно почувствовал присутствие этих механизмов в социальной жизни. Во времена его правления в газетах запрещалось печатать хронику самоубийств.

Заражение и подражание как социально-психологические механизмы имеют содержательную основу – некритически усвоенные в процессе социализации поведенческие *модели* и *образцы* реагирования на

определенные жизненные ситуации. Острогорский А.Н. отмечал, что подражание проявляется не в самом поведенческом акте, а в *способе* ухода от жизненных трудностей.

Другим социально-психологическим механизмом таких суицидов является *отождествление*. Впечатлительные личности, считающие свою ситуацию безнадежной и ощущающие беспомощность, находящиеся в депрессивном или кризисном состоянии, могут отождествить себя с людьми, совершившими самоубийство, несмотря на наличие конструктивных альтернатив. На них может повлиять чей-то способ такого рода разрешения жизненных проблем, и они тоже могут выбрать выход в виде самоубийства.

Подростково-юношескому возрасту весьма свойственны впечатлительность, внушаемость, увлечение новыми идеями и порой некритичное отношение к объекту своего обожания. К сожалению, склонность молодежи оказываться под чужим влиянием и без критики увлекаться занятиями, несущими новые впечатления, может иметь вредные и подчас губительные последствия. Влияние модных музыкальных и молодежных кумиров на подростков проявляется не только во внешнем виде, но и в отношении к наркотикам, алкоголю, т. е. как в допустимых, так и в нежелательных формах поведения. Неудивительно, что подростки и юноши склонны подражать как хорошему, так и плохому. К сожалению, самоубийства и суицидальные попытки в молодежной среде иногда провоцирует неосторожно преподнесенная информация. Они случаются, если прославляемое или сенсационное самоубийство пробуждает фантазии молодежи, и она начинает подражать стилю саморазрушения людей, совершивших суицидальные действия. После самоубийства Мэрилин Монро, версия о самоотравлении которой широко обсуждалась в печати, сотни американцев последовали ее примеру. Подобные акты или попытки самоуничтожения называются *кластерными* и являются, по мнению специалистов, особо частыми у молодежи в возрасте 15 – 19 лет. Секрет этого феномена кроется в перенесении положительного отношения к герою на *все* его действия и, соответственно, в «положительном примере» для потенциального суицидента способа решения возникшей острой конфликтной ситуации, из которой сам суицидент не видит выхода.

Мотивы суицидального поведения находятся в соответствии с социальным смыслом суицида. В них отражаются не только особенности индивидуального сознания, но и характеристики массового сознания, переработанные индивидом как носителем данной культуры или субкультуры. При генерализирующем воздействии конфликтной либо кризисной ситуации поэтизированные либо общеизвестные модели поведения вполне могут быть приняты как единственно правильные.

Обстановку усугубляют и новые факторы современного мира, толкающие подростков к последней черте: СМИ, которые иногда освещают случаи самоубийств молодых людей, провоцируя тенденцию к подражательству у других подростков и юношей; китчевое чтиво в стиле

японской манги с сентиментальными историями о девочках, которые кончают с собой и становятся «счастливыми»; Интернет, где можно свободно найти «клуб самоубийц» и целые сайты с подробными описаниями способов суицида или пообщаться на форуме с лицами, поощряющими суицидальное поведение. В Интернете появляется все больше тематических сетевых ресурсов, пропагандирующих самоубийство. С их помощью любой желающий может получить подробную инструкцию, как покончить с собой.

Интернет-клубы самоубийц появились еще в конце 90-х годов и получили распространение практически по всему миру. Так, например, Япония стала лидером среди стран группового суицида через Интернет. Там в 2011 году покончили жизнь самоубийством 1029 студентов, что впервые превысило тысячный показатель. Далеко не каждый молодой человек, думающий о суициде, осуществляет свои намерения. Но подростков и юношей с уже существующими суицидальными переживаниями, а также со свойственной им впечатлительностью, подобная информация может спровоцировать на роковое решение. Кроме того, такая Интернет-информация направлена на поощрение суицидального поведения как на способ решения проблем. В 2008 году английские медики провели исследование, которое показало, что поисковые сервисы при обработке запросов, содержащих слова, которые имеют отношение к суициду, чаще всего выдают ссылки на сайты, пропагандирующие самоубийства.

Американский социолог Д.Филлипс, долгое время изучавший влияние СМИ на распространение суицидов в обществе, обнаружил связи между самоубийствами подростков и телерепортажами о самоубийстве в новостях, а также статьями первых полос газет. Было обнаружено, что число самоубийств значительно возросло по прошествии 1 – 7 дней после такой истории в новостях. Это увеличение коррелировало также с количеством программ, передававших репортаж. Такая корреляция имела значение только для подростков, а не для самоубийств взрослых людей, и была гораздо сильнее для девочек, чем для мальчиков. Также Д. Филлипс выяснил, что в течение двух месяцев после каждой громкой публикации о самоубийстве, в среднем суициды совершало на 58 человек больше, чем обычно. Он отметил сходство между ситуацией первого, ставшего знаменитым, самоубийцы и характеристиками тех, кто покончил с собой вслед за ним (возраст, социальная группа, профессия), а также сходство между первым и последующими способами сведения счётов с жизнью. В Австрии, где в 80-е годы XX века чрезвычайно выросло количество самоубийств в метро, приняли решение больше не освещать факты «смерти на рельсах» или, по крайней мере, не «раздувать» из них сенсации, уделяя данным происшествиям минимум внимания. Уже через месяц количество самоубийств в метро снизилось почти в 3 раза. С тех пор в австрийской прессе действует запрет на освещение подобных трагических событий.

Все больше современных подростков примыкают к неформальным группам. Попав в ту или иную субкультуру, подросток принимает все

порядки и законы нового сообщества, у него меняются взгляды и система ценностей. Среди причин создания особых субкультур и вхождения подростков и юношей в различные неформальные группы ученые выделяют:

1) *психологические*: потребность в друзьях и эмоциональных впечатлениях; «несчастливая любовь»; стремление познать необычное; интерес к современному искусству; оригинальность впечатлений, получаемых в рамках субкультуры; потребность в принадлежности; протест против формализма взрослых; поиск смысла существования и т. п.

2) *социально-педагогические*: конфликты дома или в школе; равнодушие к учебе; неуспеваемость; отчуждение от одноклассников; безнадзорность и педагогическая запущенность; отверженность и незащищенность; отсутствие в школе системы работы с такими подростками, невнимание к ним членов семьи и т.д.

Цивилизованное общество лишено института подростковой инициации, которая как традиция и, как закон социальной жизни, обеспечивает преемственность ценностей, связанных с такими базовыми личностными образованиями, как поло-ролевая и социальная идентичности. Поэтому в пубертатный кризисный период подростки обнаруживают интерес к субкультурам и их идеям, возникающим обычно как оппозиция традиционным ценностям и отличающимся элементами броскости и определенной привлекательности для подростка.

Субкультура – это общность людей, чьи убеждения, взгляды на жизнь и поведение отличны от общепринятых или скрыты от широкой общественности. Поклонники субкультуры чувствуют себя посвященными, демонстрируют свое единство посредством использования специфических символов, стиля одежды, поведения и т. п. Черты, которые служат определяющими для субкультуры, могут иметь эстетический, религиозный, политический, сексуальный или любой другой характер, а также комбинацию из них.

Молодой человек, попавший в субкультуру, вынужден отказаться от общепринятых системы ценностей и взглядов на мир. Часто молодые люди приобщаются к определенной субкультуре только ради ее внешних проявлений, эпатажа окружающих, не вникая в суть ее базовых идей. Проблемы могут возникнуть из-за еще не до конца сформированных поло-ролевой и социальной идентичностей, когда подросток попадает в субкультуру, опасные своей асоциальностью или антисоциальностью даже для взрослых. Их влияние глубоко деформирует базовые жизненные установки, сильно ограничивает процесс формирования социально-психологических адаптационных механизмов, задает тупиковый путь личностного развития.

Большинство современных молодежных субкультур напрямую не декларируют отказ от жизни как таковой, однако есть, как минимум, два значимых фактора, которые определяют деструктивность субкультур с точки зрения риска формирования суицидальных тенденций:

- ограничение адаптационных возможностей молодых людей;
- культивирование аутодеструктивных когнитивных и поведенческих моделей.

Например, к таким субкультурам можно отнести «готов» и «эмо». Атрибутика «готов» содержит элементы символики смерти, что может провоцировать мысли о смерти у молодых людей. «Эмо» представляет особую категорию молодых людей. Эмо – это сленговое сокращение от прилагательного эмоциональный. Идеология «эмо» сосредоточена вокруг глубоких переживаний и таких эмоциональных состояний, как грусть, тоска, депрессия, романтическая любовь. Их внешний вид и стиль поведения отличаются нелепостью, самоуничижительностью и виктимностью. Эти плаксивые подростки ненавидят себя и романтизируют смерть, пропагандируют депрессию и суицид. Среди представителей эмо и готов наличие на теле признаков неудачных попыток суицида воспринимается практически как высшие знаки отличия.

Эмо-киды делают пирсинг, проколы, «тоннели», решаются на попытки самоубийства в целях обратить внимание родителей, педагогов на себя и свои проблемы. Специалистами установлена возможность трансформации у таких подростков аутодеструктивных тенденций в суицидальные, а также возможность тяжелых последствий и даже смертельных исходов при демонстрации суицидальных попыток.

В суицидологических исследованиях встречаются факты подростково-юношеских суицидов, которые были совершены под воздействием нетрадиционных для нашей культуры религиозно-мистических установок и переживаний. Деструктивное влияние подобных увлечений, вызванных принятием «чужих» духовных ценностей, проявляется в том, что они создают предпосылки духовной разобщенности общества, делая человека одиноким в своих поисках смысло-жизненных ориентаций. Нанесение ущерба духовному развитию личности находится в эквивалентном соотношении к самоубийству. Например, секта сатанистов.

Некоторые из религиозно-мистических движений напрямую отнесены к суицидальным культам, поскольку оставили в памяти людей примеры массовых самоубийств. Массовые добровольные уходы из жизни совершались в глубокой древности и продолжают совершаться до нашего времени в рамках самых различных религий, отдельных конфессий, религиозных движений и, в особенности, среди представителей так называемых тоталитарных сект. Последние представляют наибольшую опасность. К таким одиозным сектам относятся: «Народный храм» (убийство и самоубийство 912 человек в 1978 г. в джунглях Гайаны), «Ветвь Давидова» (самосожжение 87 человек в 1993 г.), «Heaven's Gate» (в 1997 г. 39 членов культа приняли фенobarбитал, надев себе на голову после этого пластиковые пакеты, в результате чего задохнулись во сне) и пр.

Типичной суицидоопасной группой являются подростки, отличающиеся высоконравственными устоями с идеализацией чувства

любви, дружбы и сексуальных отношений. «Книжное» восприятие действительности при столкновении с реальностью нередко приводит к стрессовым состояниям, огорчениям и болезненному переживанию одиночества. Существует точка зрения, что в ряде случаев суицидальное поведение подростков связано также с их ранним вступлением в половую жизнь. Половая скороспелость, стимулируемая современными СМИ, развенчивает ореол любви, необходимый для нормального формирования психики молодого человека или девушки, такое разочарование иногда становится смертельным.

На основе многочисленных исследований записок суицидентов ученые обратили внимание, что в большинстве случаев они содержат очень похожие мотивационные заготовки и объяснительные схемы, оправдывающие и обосновывающие выбор суицидального решения в определенных типичных жизненных ситуациях. В процессе исследований был сделан вывод, что суицидальная модель поведения, как и другие социализированные формы поведения, усваиваются индивидом в процессе его социализации. Легче всего суицидальные модели поведения усваиваются и реализуются социально незрелыми людьми. К ним, главным образом, относится молодежь.

Рассматривая этот аспект влияния макросоциальных факторов на формирование суицидальных тенденций, необходимо отметить, что суицидальное поведение представляет собой образец или поведенческую модель, распространенность которой в той или иной социокультурной среде зависит от *социальной оценки* этой модели. В связи с этим нельзя обойти вниманием тот факт, что в последнее время в связи с гуманизацией культуры, изменением общественного правосознания в нашем обществе и за рубежом изменилось отношение к самоубийству и самоубийцам в сравнении, например, с прошлыми веками. В наши дни в суициденте склонны видеть не столько нарушителя общественных норм, сколько жертву ситуации или собственного психического состояния. Так, например, исследования, проведенные в городе Ленинграде в начале 80-х годов прошлого века, показали, что 77 % опрошенных высказали сочувственное отношение к суицидентам. Тогда же была выявлена тенденция, что по мере роста образовательного уровня число сочувствующих суициду увеличивается. Аналогичные исследования, проведенные в начале 90-х годов в Польше, показали, что самоубийство, по мнению опрошенных, вообще не относится к видам отклоняющегося поведения. Острогорский А.Н. отмечал, что сожаление и сочувствие самоубийцам стало социально-культурным штампом.

Многочисленные исследования общественного отношения к суициду показали, что среди респондентов имеется склонность к так называемой «романтической» интерпретации суицида, отождествлению его с проявлением способности глубоко чувствовать, страдать – свидетельством тонкой душевной организации, выделяющей данного человека из числа обычных людей. Своеобразным следствием подобного отношения к суициду, на наш

взгляд, является наблюдающаяся тенденция демонстрации или даже симуляции суицидальных действий и намерений (на 1 завершённый суицид 10 – 100 суицидальных попыток). В основе многих суицидальных действий осознанно или неосознанно содержится апелляция к чувствам близких людей или к общественному мнению, стремление таким парадоксальным способом получить от окружающих помощь и поддержку. А. Г. Амбрумова отмечала, что самоубийство становится моделью поведения в реальной жизни как социально приемлемый способ разрешения жизненной драмы.

Социально-психологическая дезадаптация личности всегда связана с каким-либо конфликтом. Межличностный конфликт является особой формой взаимодействия между людьми, при которой сталкиваются интересы, потребности или цели индивидов. Он отражает состояние микросоциальной среды, ее психологический климат. Суицидогенные конфликты составляют группу *микросоциальных* факторов суицидального риска. В суицидологической практике значение придается межличностным конфликтам, особенно когда они ведут к внутриличностным, т.е. для личности неразрешимым.

В суицидальном поведении, особенно среди завершённых суицидов, большое значение имеет глубина конфликтов, которая опосредована значимостью для индивида конфликтной ситуации. Глубина конфликта зависит от характера общения между индивидами. Чем ближе и теснее духовные и эмоциональные контакты, тем глубже отношения между людьми в процессе общения. Межличностные конфликты, возникающие при таком типе общения, если они угрожают характеру этих контактов, влияют на систему общения в целом, перестраивая ее, внося негативные изменения, либо вовсе разрушая ее до полного разрыва между индивидами.

К глубинным конфликтам можно отнести конфликты в случае психологической зависимости одного индивида от другого. Такие конфликты наиболее суицидоопасны. Последствия конфликта оказывают влияние, во-первых, на систему отношений (нарушение либо разрушение) и, во-вторых, на личность каждого из участников (влияние конфликта на индивида зависит от того, как он трактует происходящие события, т. е. от его интерпретации и оценки конфликта). В суицидальном поведении отчетливо наблюдается психотравмирующее воздействие такого конфликта.

Однако глубина психотравмирующего воздействия в большой степени зависит и от личностных особенностей индивида. Подросток (юноша), находясь на определенном этапе своего личностного развития, иногда не в состоянии адекватно оценить конфликтную ситуацию и тогда решается на последний, с его точки зрения, соответствующий ситуации шаг. Суицидоопасные последствия конфликта оказываются наиболее заметными у лиц которые в принципе не переносят любую психическую напряженность, т. е. у лиц с низким порогом адаптационных возможностей, ослабленными психическими компенсаторными механизмами и наличием в системе ценностей уязвимых мест. Таким образом степень дезадаптирующего

воздействия конфликта зависит не только от объективных свойств самого конфликта, но и от толерантности личности к фрустрирующим воздействиям среды.

Наши исследования (1992 – 1998 и 2010 – 2011 г. г.) показали, что наиболее распространенными видами суицидогенных конфликтов среди молодых людей являются:

- конфликты с родителями и семейные конфликты;
- конфликты с друзьями и коллегами;
- конфликты в интимной и любовной сферах отношений с противоположным полом;
- конфликты, связанные с асоциальным либо антисоциальным поведением.

Следует отметить, что, будучи микросоциально обусловленными, большинство суицидальных действий направлены не на самоуничтожение, а на восстановление или изменение нарушенных вследствие конфликта социальных связей с окружающими. Это в первую очередь относится к суицидальным действиям подростков и юношей, у которых они направлены чаще всего не на себя и свою личность, а на окружение. В большинстве случаев в подростково-юношеском возрасте речь идет не о покушении на самоубийство, а лишь о применении суицидальных поведенческих моделей для достижения той или иной несуйцидальной цели. Между тем, это не снижает потенциальной опасности таких действий. В суицидальном поведении конфликт может выступать как причинным, так и провоцирующим фактором.

Среди *микросоциальных* факторов суицидального поведения в преобладающем большинстве случаев на первое место выдвигается семейная дезорганизация. В покушении на собственную жизнь, особенно в подростково-юношеском, отчетливо обнаруживается высокое значение фактора конфликтных семейных отношений (70 – 75 %). Для любого человека потребности в любви, принадлежности, необходимости для других и уважении окружающих, а также осознание собственного достоинства являются очень важными. Эти потребности удовлетворяются, главным образом, в системе семейных отношений. Психотравмирующие негативные события в этой значимой для человека сфере жизни, мешающие их удовлетворению, могут привести некоторых молодых людей на грань суицида.

Отношения родителей с подростками, склонными к суициду, зачастую не строятся на фундаменте открытых, полностью искренних эмоционально-теплых отношений, которые являются надежной защитой от многих жизненных испытаний. Подросток, который намерен совершить самоубийство, находится в тяжелейшем кризисном состоянии, и попытки суицида не являются для него реакцией на единичное выводящее из душевного равновесия событие. Самоубийству подростка может предшествовать длительная история семейных проблем и неурядиц. По

мнению А. Е. Личко в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». Неслучайно 80% попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время, т.е. крик этот адресован прежде всего к ближним.

Таким образом, *дестабилизирующее* и *провоцирующее* влияние макросоциальных факторов носит объективный характер (культурное наследие, социально-исторические процессы и т. п.) и в суицидальном поведении осуществляется не прямо, а опосредованно – через действие социально-психологических механизмов и *микросоциальных* факторов. Сама же статистика самоубийств образуется из совокупности индивидуальных решений и поступков.

2.2. Личностная обусловленность суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте.

При объяснении любых психических явлений у человека личность выступает как воедино связанная совокупность внутренних условий, через которые преломляются внешние воздействия. Личность – интегральная целостность биогенных, психогенных и социогенных элементов. Социогенные элементы представлены комплексом результатов всех внешних воздействий, взаимодействие которых составляет жизненный путь данной личности, а также комплекс устойчивых свойств личности как условий, через которые опосредуется социальный опыт и обуславливается индивидуальная избирательность по отношению к внешним воздействиям. Они влияют на поведение личности, как ее субъективное «Я», и являются интегральным выражением всех уровней психики, определяющих индивидуальность.

Социальная детерминанта вступает в действие с первых дней существования человека, постоянно расширяя и углубляя свое влияние на весь его психический мир. Свойства личности не являются прямым продолжением унаследованных свойств. Они усиливаются, нивелируются или берутся под контроль в зависимости от средовых воздействий. Их определяющая роль сказывается в типе реагирования на стресс, непосредственных поведенческих реакциях, стиле переживания, межличностного общения, в особенностях мышления, выборе моральных ценностей и т.д. Устойчивые личностные свойства определяют типологическую принадлежность индивида как сплав ведущих тенденций, включающих качественные и количественные аспекты определенного устойчивого свойства, пронизывающего все уровни личности.

Ведущие тенденции формируют личностные особенности, определяют индивидуальный стиль переживания, мышления и поведения, силу и общую направленность мотивации, а также создают определенное русло при формировании более высоких уровней личности, предопределяя избирательность в отношении тех или иных ценностей и возможных вариантов социальной активности. Высокая значимость устойчивых личностных свойств в проявлении неадаптивных форм поведения при

стрессогенном воздействии условий социальной среды (в случае неудовлетворенности индивидуальных потребностей) отмечается многими отечественными и зарубежными авторами.

В деятельности по профилактике суицидального поведения устойчивые индивидуально-типологические характеристики, по мнению многих авторов, имеют прогностическое значение, так как они определяют тип реагирования и защитные реакции в стрессогенной ситуации и представляют собой опорные данные, с учетом которых возможно предупреждение развития неблагоприятного психического состояния и пути его коррекции. Таким образом, риск суицидального поведения и степени его выраженности с определенной долей вероятности можно прогнозировать, опираясь на типологические характеристики личности и, опосредующие их, особенности биографического характера.

А. Г. Амбрумова предложила собственную личностную типологизацию, в основу которой был положен «принцип устойчивости адаптации и глубины социализации». К суицидоопасным типам личности она относила: *компенсаторно-адаптированный, дискордантно-адаптированный, ригидно-конформный, ограниченно-конформный, социально ведомых и патологически дезадаптированных*. Данная типологизация разрабатывалась на основе биографических и анамнестических данных суицидентов. Характеристики личностных типов, по ее мнению оказались невыводимыми из какой-либо среди существующих типологизаций личности, поэтому суицидологи отказались от поиска общего или «характерного» портрета суицидента. Таким образом, в вопросах профилактики суицидального поведения, где акцент в работе ставится на оперативное выявление лиц, склонных к суицидоопасным переживаниям в экстремальных для них ситуациях, эта типологизация представляется малоинформативной. Между тем, практический психолог системы образования, работая с большим количеством учащихся и определенным инструментарием, нуждается в стандартизованной системе личностных факторов суицидального риска для ранней его диагностики.

Проводившиеся на протяжении более двух столетий исследования показали, что нет такого человека, который по своим индивидуальным качествам обязательно должен покончить жизнь самоубийством, нет такой ситуации, а также психопатологических нарушений, которые непременно привели бы человека к суициду. На сегодняшний день стало очевидным, что психологические факторы суицидального поведения связаны в большей степени с психологическим порогом уязвимости личности, а не со степенью тяжести психотравмирующих факторов. Суицидогенность ситуации определяется готовностью личности воспринять и расценить ее как таковую.

Устойчивые индивидуально-типологические характеристики имеют прогностическое значение, так как они определяют тип реагирования и защитные реакции в кризисной ситуации и представляют собой опорные данные, с учетом которых возможно предупреждение развития

неблагоприятного психического состояния и пути его коррекции. С прогностической точки зрения типологические характеристики и особенности развития личности выступают как относительно устойчивые **факторы риска суицидального поведения**, в которых отражаются адаптационные возможности личности и способы ее психического реагирования в условиях стресса. В случае суицидального поведения, наряду с основным и ведущим причинными факторами – социально-психологической дезадаптацией и неразрешенным конфликтом, – они представляют личностную **предиспозицию** такого рода психических реакций и определяют своеобразие их течения и проявления. Влияние личностных факторов на формирование суицидального мотива распространяется от снижения порога адаптационных возможностей до выбора собственно суицидальной модели поведения.

Эмпирическим путем характерные особенности личности, лежащие в основе формирования суицидоопасных состояний, и внешние проявления этих состояний учеными найдены и продолжают уточняться. Так, например, по результатам своих исследований В. В. Нечипоренко считает, что наибольшую значимость для прогнозирования суицидальной опасности имеют значение следующие личностные факторы (в порядке убывания меры информативности): 1) восприимчивость, впечатлительность; 2) гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов; 3) низкий уровень самооценки; 4) стремление к уединению, замкнутость; 4) уход от неблагоприятных стрессогенных ситуаций; 5) примитивность, незрелость суждений; 6) переживание физического отставания; 7) снижение толерантности к фрустрациям; 9) конфликты; 10) отвержение социальным окружением, изоляция; 11) затруднения в перестройке ценностных ориентаций; 12) предшествующие суицидальные высказывания. Исследования другого суицидолога В. Ф. Войцеха показали, что среди ведущих личностных факторов суицидального риска отмечаются: неполная или диссоциированная семья, деструктивное воспитание, патохарактерологические и невропатические проявления в детстве, алкоголизация, наличие физических недостатков и болезней, акцентуация характера.

Многими суицидологами выделяются индивидуально-психологические особенности, которые в сочетании образуют предиспозиционные суицидальные комплексы. К таким особенностям относят: низкая эмоциональная устойчивость; эмоциональная и интеллектуальная незрелость, максимализм, категоричность и поверхностность суждений; интравертированность, коммуникативные трудности и особенно нарушения; несформированность адаптивных механизмов психологической защиты (идентификации, рационализации), преобладание примитивных (отрицание, диссоциация) или конфликтных (проекция, вытеснение) форм; ограниченный репертуар копинг-стратегий; неадекватная личностным возможностям самооценка: завышенная, заниженная или лабильная. Такая предиспозиция

делает индивида уязвимым в конфликтных ситуациях, способствуя развитию у него состояния социально-психологической дезадаптации.

Трудность рассматриваемой проблемы, особенно ее профилактического аспекта, связана с отсутствием специфичности собственно суицидальных личностных черт и состояний, что могло бы с высокой степенью достоверности указывать на неизбежность суицидального акта. В связи с этим в качестве значимых факторов выступают статистически устойчивые психологические характеристики суицидентов и, наблюдавшиеся у них накануне суицидальных действий, эмоциональные и поведенческие проявления. В ракурсе профилактики суицидального поведения они играют существенную роль, как факторы, в определении *вероятности суицидального поведения* либо *степени суицидального риска*.

Суицидальное поведение подростков и юношей как феномен имеет выраженную кризисную природу и социально-психологическую обусловленность, его формирует множество различных неблагоприятных факторов. Факторы, детерминирующие суицид имеют как собственно психологическое, так и социальное содержание. Изучение научной и научно-методической литературы, материалов по фактам самоубийств и попыток покончить с собой молодых людей позволило определить круг наиболее значимых личностных факторов, детерминирующих суицидальные реакции и систематизировать их следующим образом:

I. Предиспонирующие

1. Психологические (характеризующие особенности личностных структур);
2. Биографические (характеризующие особенности социализации);
3. Психофизиологические (характеризующие особенности нервной системы и психических реакций);
4. Медицинские (характеризующие особенности физического и психического здоровья);

II. Ситуационные (характеризующие актуальное состояние, остроту переживаний и особенности поведенческих реакций в динамике формирования суицидальной тенденции).

Влияние личностных факторов на формирование суицидального мотива распространяется от снижения порога адаптационных возможностей до выбора собственно суицидальной модели поведения. Специфическими личностными факторами, обуславливающими суицидоопасные формы социально-психологической дезадаптации у молодых людей, являются: сниженная толерантность к психоэмоциональным нагрузкам; ригидность и лабильность эмоциональной сферы; недостаточно развитые коммуникативные способности и неполноценность коммуникативных систем; неадекватная самооценка; своеобразие когнитивной сферы, в частности мышления (максимализм, категоричность, незрелость суждений); снижение или утрата понимания ценности жизни; эмоциональная зависимость; неразвитость психологических защит и конструктивных

копинг-стратегий; инфантильность (детская эгоистичность и социальная незрелость), сниженное или утраченное понимание ценности жизни.

Система социальных контактов человека содержит все многообразие личностных отношений, социально-психологических оценок и устремлений, обеспечивающих адаптационные процессы при взаимодействии с окружающим социумом. Она основывается на приобретенных человеком в течение жизни установках, позициях, социальных нормах. Система социальных контактов делает возможной реализацию одной из базовых человеческих потребностей – самовыражение, самоактуализацию. С другой стороны, эта система обладает мощным компенсаторным потенциалом в случае нарушения функциональных возможностей других адаптационных систем. Динамичность и индивидуальность функциональных особенностей системы социальных контактов создают основу индивидуально-личностного адаптационного барьера, обеспечивающего уровень стрессоустойчивости.

Чем меньше у молодого человека устойчивых социальных связей, тем скорее неблагополучие может привести к социально-психологической дезадаптации и суициду. Характерным для таких личностей являются частая фрустрированность потребностей.

К психологическим особенностям социальных взаимодействий таких молодых людей относят:

- 1) эмоциональные неустойчивость и ригидность, повышенная тревожность, агрессивность, ранимость;
- 2) неспособность к рефлексии, неумение понять эмоциональное состояние и точку зрения другого;
- 3) чрезмерные доминантность, авторитарность в общении или, наоборот, уступчивость и избегание контактов, неприятие другого;
- 4) неумение слушать и выражать мысли и чувства словесно (алекситимия), неумение поддерживать диалог;
- 5) негативная Я-концепция, противоречия между «Я-реальным» и «Я-идеальным».

Неблагополучие в системе социальных контактов, наблюдающееся в анамнезе большинства суицидентов, определяется суммой навыков и глубиной понимания принципов социальной жизни. Чем контрастнее расхождение между ценностями и правилами, управляющими жизнью социальной группы, и индивидуальными ценностями, установками и стилем поведения, тем больше опасность конфликтных взаимодействий, дезадаптирующих личность. Суицидоопасные переживания одиночества и безысходности являются результатом ущербности либо дисфункцией этой системы.

Снижению порога адаптационных возможностей также способствует и **низкий уровень нервно-психической устойчивости**. Нервно-психическая устойчивость является интегральной психофизиологической характеристикой особенностей протекания психических процессов, выражающей степень устойчивости личности к стрессовым нагрузкам. Уровень нервно-психической

устойчивости как психофизиологической особенности отражается, прежде всего, на функционировании эмоциональной сферы, но также определяет и скорость формирования суицидального намерения.

Социально-психологическая адаптация во многом зависит от полноты имеющейся у человека информации, а соответственно ее недостаток провоцирует дезадаптационные процессы. К личностным факторам, детерминирующим **ограничение возможностей когнитивной сферы** относятся: *недостатки развития индивидуальных способностей к восприятию различного рода информации, ограниченная направленность интересов личности, недостаточные объем и глубина имеющихся знаний*. Эти факторы влияют главным образом на процесс переработки информации и в индивидуально значимых экстремальных условиях ослабляют его функциональные возможности, формируя при этом состояния фрустрации, тревоги, неудовлетворенности собой.

Система эмоционального реагирования является наиболее интегрированной формой адаптационной активности. Разнообразие эмоциональных состояний, возникших в процессе восприятия и переработки информации во многом влияют на дальнейшее поведение человека, его чувства и настроения, создающие своеобразное субъективное отношение к действительности, в том числе и на личностную оценку получаемой информации. Эмоциональный фон оказывает серьезное влияние на организацию той или иной деятельности – формирование мотивов различных поступков и выбор путей их реализации. Несоответствие между имеющимися у человека стремлениями, представлениями, возможностями действия зачастую приводит к таким эмоциональным расстройствам, как страх, тоска, неустойчивость настроения, депрессия.

Исследования ведущих отечественных и зарубежных суицидологов показали, что для суицидентов характерна та или иная неполноценность деятельности эмоциональной сферы психики (окраска, интенсивность, продолжительность эмоциональных реакций, эмоциональная неустойчивость, лабильность, ригидность). **Эмоциональная ригидность** (лат. *rigidus* – жесткость, твердость, неготовность к изменениям программы действия в соответствии с новыми ситуационными требованиями) этими авторами рассматривается как черта, близкая к конституционной. Поэтому у суицидентов наблюдается склонность к эмоциональному торможению интеллектуальной деятельности.

Эмоциональная ригидность осложняет своевременное проявление оперативности интеллекта, вызывает неравномерность усвоения необходимой информации, **категоричность суждений** и **резкость оценок**, направленных, в основном, на себя и свои возможности, резко снижает гибкость личностной позиции, уровень контроля и самоконтроля, вносит в деятельность и поведение человека элементы неуправляемости и непредсказуемости. Так, исследование Ц. П. Короленко и А. Л. Галина (1978 г.) выявило следующие психологические особенности суицидентов:

преобладание формально-логического типа мышления, чувствительность аффективной сферы и недостаточность активного воображения. Преобладание формально-логического типа мышления и выраженное влияние на интеллект аффективной сферы обуславливает, характерную для суицидентов, субъективную однозначность интерпретации внешних объектов и явлений. В то же время недостаточно развитое воображение делает фрустрацию неожиданной, затрудняет возможность прогнозировать последствия своих действий, снижает эффективность психологических защитных механизмов и делает суицидальную попытку более вероятной.

Продолжительные исследования показали, что для суицидентов характерна также **эмоциональная незрелость и инфантильность**, проявляющаяся в отрицательных тоскливых, пассивных реакциях на фрустрацию, тенденции к снижению фона настроения, зависимости от других людей и от обстоятельств. Эмоциональная незрелость как личностная черта у суицидентов проявляется прежде всего в **эмоциональной зависимости** или постоянном стремлении к эмоциональной близости. Для преобладающего большинства суицидентов характерна высокая значимость теплых эмоциональных связей, искренности взаимоотношений, наличия эмпатии, понимания и поддержки со стороны окружающих. Такие личности постоянно испытывают потребность в чрезвычайно близком человеке. Эмоциональная зависимость, высокая значимость эмоциональных связей проявляются как характерологическая особенность и как одна из характеристик состояния дезадаптированной личности. Причем в случае дезадаптации эта потребность наиболее интенсивна.

Наличие отношений с объектом любви превращается в сверхценное образование. В этом случае суицид связан с невозможностью существовать вне этих сверхценных отношений. В результате исследования материалов по случаям завершенных суицидов (А. А. Колмаков, 1993 – 1998 гг.) этот фактор обнаружен в генезе более чем 40 % случаев завершенных суицидов молодых людей. Неразделенная любовь – это не только эмоциональные переживания отвергнутого партнера, это и разрушенные жизненные планы, и особый социальный статус «брошенного(ой)», и ущемленное самолюбие.

Другой особенностью роли эмоциональной зависимости в формировании суицидальной мотивации является стремление к установлению или восстановлению эмоционально значимых связей. У суицидентов оно характеризуется напряженностью потребности и ригидностью в достижении эмоциональной привязанности. Гипертрофированность ее значения зачастую блокирует пути достижения из-за неспособности к компромиссам и оказывает психотравмирующее воздействие.

Психологическую основу для формирования подобной особенности характера создают низкая нервно-психическая устойчивость и эмоциональная лабильность при наличии тревожности и заниженной самооценки, поэтому

индивиды с такими психологическими характеристиками во многих жизненных ситуациях не могут обходиться без поддержки извне. Они испытывают резкий дискомфорт при отсутствии уверенности в постоянной поддержке, защите, понимании, руководстве и контроле. Это формирует устойчивую привязанность к отдельным людям (родителям, братьям и сестрам, друзьям, любимым и т.д.). Разрыв или утрата эмоционально-значимых связей для таких личностей являются наиболее стрессогенными, а зачастую расцениваются как крах.

Для эмоционально незрелых личностей характерной является склонность к аффективным реакциям, сопровождающимся поведенческими проявлениями *импульсивного* характера, которые у некоторых суицидентов протекают по принципу «короткого замыкания», т.е. без достаточно серьезного обдумывания. По этому поводу А. Н. Острогорский писал: «...у них лишь в очень редких случаях размышление приводит к самоубийству; напротив, оно чаще всего зарождается на почве чувства». Суицидальное решение может возникнуть под влиянием остро вспыхнувших обиды, желания отомстить, нетерпимости к отрицательным оценкам собственного поведения со стороны окружающих. Одним из суицидоопасных вариантов проявления импульсивности в подростковом и юношеском возрасте являются *побеги из дому*.

Импульсивность часто описывается как фактор риска суицида и личностная черта молодых суицидентов. Установлено, что недостаточный контроль над побуждениями импульсов молодых людей, совершивших суицидальную попытку, отличает их от других сверстников. Такие реакции объясняются социальной и эмоциональной незрелостью, инфантильностью. Импульсивность проявляется в неспособности обдумывать сколько-нибудь продолжительное время принятые решения и прогнозировать последствия поступков. Исследования показали, что импульсивность не является обязательной чертой для всех суицидентов, но в то же время она может являться значимой при идентификации высокого суицидального риска. В настоящее время значение импульсивности как фактора суицидального риска подтверждено биохимическими исследованиями.

У суицидентов незрелость проявляется не только в эмоциональной сфере. Для них характерна также *незрелость в системе ценностей*. Ценности (ценностные ориентации) относятся к важнейшим компонентам структуры личности. Ценностные ориентации личности, связывающие ее внутренний мир с окружающей действительностью, образуют сложную многоуровневую иерархическую систему, которая занимает пограничное положение между мотивационно-потребностной сферой и системой личностных смыслов. По словам Б. Ф. Ломова, ценностные ориентации, как и любую психологическую систему, можно представить как многомерное динамическое пространство, каждое измерение которого соответствует определенному виду общественных отношений и имеет у каждой личности различные веса. Ценностные ориентации лежат в основе тенденций развития

личности, т. к. формируют высшие потребности, мотивы, цели деятельности, средства для достижения целей и решения проблем.

С одной стороны, система ценностных ориентаций выступает в качестве высшей контролирующей инстанции регуляции всех побуждений человека, определяя приемлемые способы их реализации. С другой – является внутренним источником жизненных целей человека (или побуждений), отражая то, что является для него наиболее важным и обладает личностным смыслом. По своему функциональному значению ценности личности принято разделять на две основные группы: терминальные (ценности-цели) и инструментальные (ценности-средства), выступающие, соответственно, в качестве личностных целей и средств их достижения. Система ценностей обыкновенно представляет собой иерархию, в которой ценности располагаются по нарастающей значимости. По степени ее сформированности можно судить об уровне развития личности.

Система ценностных ориентаций – признак зрелости, показатель степени социализированности. Устойчивая и непротиворечивая структура ценностных ориентаций обуславливает такие качества личности, как целостность, устойчивость жизненных целей, приверженность определенным принципам и идеалам, способность к волевым усилиям во имя этих идеалов и целей, активность жизненной позиции.

Суицидологи заметили, что у преобладающего большинства молодых людей-суицидентов в структуре ценностных ориентаций ведущие места занимают абстрактные ценности и ценности личной жизни – любовь, счастливая семейная жизнь, удовольствия, верные друзья, жизненная мудрость, развитие, свобода и т.п.; особенно акцентируется ценность эмпатии и общения. В жизни суицидентов эти ценности, как правило, имеют статус нереализованных.

Абстрактный и обобщенный характер ценностных ориентаций не позволяет незрелой личности, с одной стороны, глубоко их осмыслить и усвоить, а с другой, сформировать адекватную систему их реализации (равно самореализации). Фрустрированность потребности в самореализации в определенные периоды наряду с основной может формировать «актуальную систему ценностей» (что было замечено у суицидентов). Эти периоды характеризуются снижением интенсивности привычной психологической защиты и увеличением стрессовых конфликтных переживаний. В «актуальной системе ценностей» проецируются конфликтные переживания личности, а иногда пути снятия фрустрирующей нагрузки.

Особенно высокий суицидальный риск представляют незрелые личности, у которых среди основных ценностных ориентаций обнаруживаются ценности интимного характера: любовные и сексуальные отношения, родственные связи, дружеские взаимоотношения и привязанности и т. д. Утрата или угроза утраты таких ценностных ориентаций исключает или отдаляет возможность их замены. Это вызывает наиболее интенсивные и субъективно тягостные переживания одиночества,

безнадежности, нанесенной обиды, несправедливости всей жизни, собственной несостоятельности.

Суицидальный риск у личности с незрелой системой ценностей связан с неправильностью целеполагания и организации реальной деятельности, неполноценностью ориентировки в реальной ситуации, обусловленной личными установками и оценкой значимости тех или иных компонентов ситуации. Опора же на общечеловеческие, социально одобряемые ценности, характерная для суицидентов, направляет агрессию, вызванную фрустрацией, на себя.

Система ценностных ориентаций (в частности иерархия) обуславливает процесс формирования жизненных целей. Жизненные цели являются основной движущей жизненной силой человека, определяющей его активность, наряду с различного рода потребностями. Цели могут меняться, формироваться в процессе жизни, но они обязательно должны быть, иначе жизнь становится бесперспективной и теряет смысл. Суицидальное поведение у молодых людей часто объясняется тем, что они, не имея достаточного жизненного опыта, не в состоянии правильно структурировать цели своей жизни и наметить пути их достижения. Согласно результатов опроса парасуицидентов у 52 % из них отсутствуют главные цели в жизни (Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков и др., 2010 г.).

Особенности целеполагания и ценностно-ориентационной системы у суицидента можно проиллюстрировать фрагментами предсмертных записей одного покончившего с собой молодого человека:

«Пишу в здравии и при ясной мысли.

То, что должно было произойти рано или поздно – произошло. Это не является результатом минутных обстоятельств. К этому я шел очень долго.

Все возможное, что в моих силах, чтобы спасти себя, я сделал, но все тщетно. Всякая помощь извне может оказаться бы бесполезной. Даже обращение к Богу с просьбой наставить меня на правильный путь – не услышано.

Найти же в себе нужных жизненных сил я не мог. Нельзя жить, не имея жизненной энергии, толкающей, ведущей вперед. Стоять же так долго на краю больше нет желания и сил.

Я оказался нежизнеспособен. Перестроить самого себя, свое сознание, образ мышления я уже не в состоянии. А существовать слабым, неуверенным ни в чем, не знающим, что делать – это просто противно. Я противен сам себе, а от себя не уйдешь. Жить на этом свете должны только достойные во всех отношениях люди.

Декларация жизненных целей

а) Каковы мои жизненные цели?

1. Иметь хорошую работу (приносит удовлетворение; соответствует моим способностям; обеспечивает хорошее материальное состояние; имеет нормальные условия).

2. Найти хорошую спутницу жизни (красотой на 4 балла, с мягким, добрым характером; интеллектом, близким к моему; любима мною).

3. Постоянное духовное обогащение (чтение книг, газет; посещение театров, концертов, кинотеатров; общение с незаурядными, интересными людьми).

4. Иметь хорошие бытовые условия (удобную квартиру, проживать в городе).

5. Иметь возможность заниматься увлечениями (смотреть и посещать футбол; всесторонний юмор; музыка; иностранные языки).

6. Не иметь проблем со здоровьем (правильное питание, лечебное голодание; поддержание формы; максимально ограничить употребление алкоголя, исключить курение).

7. Получить общественное признание (ликвидация комплексов стеснения, боязни выступления перед аудиторией; показать себя всесторонне развитой личностью, способной принимать правильные решения в сложной обстановке; предстать незаурядным, эксцентричным человеком и одновременно порядочным, культурным; успех у женщин).

8. Иметь настоящих .порядочных друзей (надежных во всех вопросах).

9. Побывать за рубежом.

б) Как я хотел бы прожить ближайшие 2 – 3 года?

1. Максимально набрать жизненного опыта (знания и умения как в житейских вопросах, так и в других; опыт общения с различными категориями людей; опыт решения проблем).

2. Иметь финансовую независимость (возможность делать покупки по своему вкусу, уменьшить зависимость от родителей; иметь деньги на развлечения).

3. Иметь 2 порядочные девушки (1 – в Борисове, 2 – в Минске).

4. Определить реальные перспективы дальнейшей жизни (в соответствии со своими запросами и появившимися «связями»).

в) Если бы мне осталось жить полгода, как бы я их прожил?

1. Пустился бы в загул-разгул, забыв о всех своих комплексах.

2. Сделал бы значимый благотворительный поступок.

3. Выложил бы весь так, чтобы мог сказать: «Я сделал все, что было возможно».

4. Объехал бы всех родственников и друзей и сделал бы им подарки на память».

Несформированность структуры ценностных ориентаций порождает частую фрустрацию потребностей личности, а противоречивость самих ценностных ориентаций ведет к социальной дезориентации и непоследовательности в поведении. Прогностическая значимость этого фактора в определении степени суицидального риска обусловлена тем, что неразвитость системы ценностных ориентаций является признаком инфантилизма, зависимости личности от внешних обстоятельств, отсутствия гармонии в самой структуре личности, а также зачастую влечет потерю интереса к жизни, ощущение ее бесцельности и «пресности».

Особенности развития личности, а также некоторые типологические характеристики обуславливают адаптационные возможности личности и способы ее психического реагирования в условиях стресса. Наибольшей склонностью к суицидоопасным состояниям обладают молодые люди с акцентуированными, психопатическими чертами характера и недостатками социализации. На выраженную связь между суицидальной активностью и отдельными формами акцентуаций характера в подростковом возрасте указывали В. Т. Кондрашенко, А. Е. Личко, В. В. Нечипоренко и др.

Суицидальный риск в случае акцентуаций выражается, прежде всего, в снижении порога возможностей социальной адаптации, односторонности и ограниченности интеграционных процессов с окружающим индивида социумом, что часто приводит к конфликтному взаимодействию, а также

придании специфической окраски психическим состояниям (тревоги, тоски, отчаяния, одиночества, фрустрации, аффекта и т.д.) в условиях дезадаптации. В суицидальном поведении они представляют собой характерологическую predisposition такого рода психических реакций и определяют своеобразие их проявления.

Большинство исследователей суицидального поведения рассматривают акцентуации характера только как крайний вариант нормы, не придерживаясь какой-либо определенной из известных типологизаций. Это объясняется тем, что суицидальное поведение, как отмечалось ранее, до недавнего времени находилось в компетенции психиатрии, имеющей свой понятийно-категориальный аппарат и собственные подходы к диагностике. Существующие клинические определения в типологизации суицидентов оказались неприменимы для психологов. Между тем, для большинства суицидентов-акцентуантов характерна определенная типологическая очерченность акцентуаций характера.

По мнению В. В. Нечипоренко и С. В. Литвинцева (1996 г.) практически здоровые индивиды «...совершают суициды в состоянии эмоционального напряжения при наличии акцентуации характера». В. В. Нечипоренко к акцентуациям суицидального круга относит *астено-невротическую, инфантильно-незрелую, сенситивную, эмоционально-зависимую и ограниченно-конформную*; А. Е. Личко – *циклоидную, эмоционально-лабильную, сенситивную, эпилептоидную и истероидную* (1991 г.); Л. Г. Смолинский – *аффективно-лабильную, истерическую, сенситивную, психастеническую, ригидно-конформную, шизо-эпилептоидную* (1986 г.); Н. В. Конончук – *эмоционально-лабильную и паранойальную* (1980 г.); И. В. Полякова – *сенситивную, психастеническую, лабильно-истероидную, астеническую* (1986 г.); В. Т. Кондрашенко – *шизоидную, психастеническую, сенситивную, истероидную и эмоционально-лабильную* (1988).

Анализ описаний суицидоопасных акцентуированных черт личности позволил выделить следующие основные типы характера по К. Леонгарду: демонстративный, возбудимый, ригидный, дистимический и циклотимический, либо их сочетание с педантическим, тревожным, эмотивным и экзальтированным типами. Изучение историй болезни 90 пытавшихся покончить с собой молодых людей (1993 – 1996 г. г.) показало, что 47 (52%) из них являлись акцентуантами, подтвержденными психиатрическим диагнозом. Большинство акцентуантов было представлено следующими типами: 15 (31,9%) – демонстративный, 13 (27,7%) – возбудимый, 6 (12,7%) – дистимический, 5 (10,6%) – циклотимический, 5 (10,6%) – застревающий (А. А. Колмаков, 1999 г.). Практически все из них совершили суицидальные попытки в состоянии, характеризуемом депрессивным фоном, усиленным аффективными реакциями астенического типа, т. е. в состоянии сильного переживания, тоски, страха, тревоги, отчаяния и т.п.

По утверждению К. Леонгарда и А. Е. Личко, акцентуации чаще всего наблюдаются в подростковом и раннем юношеском возрасте. А. Е. Личко объяснял этот факт так: «При действии психогенных факторов, адресуемых к «месту наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении». Свою классификацию акцентуаций характера А. Е. Личко разработал специально для подросткового возраста. К классификации К. Леонгарда он добавил довольно распространенные в подростковом возрасте неустойчивый и конформный типы, а также астено-невротический тип. Таким образом, классификация типов акцентуаций характера в подростковом возрасте по А. Е. Личко выглядит следующим образом:

- истероидный (демонстративный по К. Леонгарду);
- психастенический (педантичный по К. Леонгарду);
- эпилептоидный (возбудимый по К. Леонгарду);
- гипертимный (гипертимический по К. Леонгарду);
- циклоидный (аффективно-лабильный по К. Леонгарду);
- лабильный (аффективно-экзальтированный и эмотивный по К. Леонгарду);
- сенситивный (тревожный по К. Леонгарду);
- шизоидный (интровертированный по К. Леонгарду);
- неустойчивый;
- конформный;
- астено-невротический.

Характеристика наиболее суицидоопасных типов акцентуации.

Истероидный (демонстративный) тип личности характеризуется общительностью, находчивостью, организаторскими наклонностями, артистизмом, постоянным стремлением находиться в центре внимания и всех событий, быть всеми любимым и уважаемым, чрезмерным себялюбием, лживостью, неискренностью и непостоянностью чувств, лицемерием и рисовкой, неспособность объективно судить себя со стороны, похвальбой. Истерической личности свойственны преувеличенная эмоциональность, все ее поведение рассчитано на эффект в глазах окружающих. Однако любая неудача может легко поколебать устойчивость, адаптированность и психологический комфорт.

Такие личности не терпят проявления равнодушия и невнимания к их личности, одиночество или ограничение круга общения, невозможность проявить себя и ограничение деятельности, развенчивания их лживости, постоянного длительного психического и физического напряжения, неприязни со стороны значимых для них людей. И, если оказываются в подобных ситуациях, то способны на шантажные суицидальные попытки. Поэтому истерические акцентуанты чаще других представлены в группе парасуицидентов (пытавшихся покончить с собой). Суицидальные действия они совершают в результате глубокого разочарования, если переживают собственную ненужность. Разочарование ввергает их в состояние в

депрессии, безнадежности и беспомощности. Выбираются лишь безопасные способы «самоубийства» или изображается серьезная попытка в расчете на вмешательство окружающих. В качестве причины молодые люди обычно называют неудачную любовь либо «черствость» и «непонимание» других людей. Однако под этим, как правило, скрывается эгоистическая потребность восстановить утраченный статус, побыть в центре внимания, избежать наказания и самому наказать обидчиков. Если молодой человек таким образом достигает своей цели, суицидальные демонстрации становятся для него привычным способом разрешения конфликтов.

У аффективно-лабильных истероидов и акцентуантов истеро-эпилептоидного типа могут быть острые аффективные суицидальные реакции, при которых на высоте аффекта на какой-то момент может возникнуть желание умереть. В таких случаях демонстративное по замыслу действие может закончиться самоубийством.

Эпилептоидный (возбудимый) тип акцентуации характеризуется настойчивостью в достижении намеченной цели, смелостью, решительностью, целеустремленностью, а также агрессивностью, раздражительностью и взрывчатостью, частыми состояниями злобно-тоскливого настроения с необходимостью сорвать на ком-либо зло, склонностью к конфликтам и рукоприкладству, неуживчивостью в коллективе, мелочностью, злопамятностью, деспотизмом, грубым и развязным стилем отношений с окружающими, возможными асоциальными и аморальными поступками. Молодые люди с таким типом акцентуации характера в принципе не терпят подчинения. Им чужда терпимость. В результате такие личности по самому пустячному поводу вступают в ссоры.

Вспышки гнева у возбудимых личностей ведут к необузданной ярости. Такие молодые люди склонны к суицидальным поступкам в случае наказания, если считают его несправедливым, сильной конкуренции и притеснения, ущемления интересов, прихотей и капризов. В безысходной ситуации, в обстоятельствах, когда цели кажутся недостижимыми, а обидчик сильнее, агрессивность направляют на самого себя. Суицидальную попытку совершают, чтобы доставить неприятности обидчику.

Застревающий (ригидный) тип. Молодые люди данного типа характеризуются повышенными требованиями к себе и к своему делу, к друзьям и близким. Характеризуются целеустремленностью, трудолюбием и упорством в достижении целей. В деятельности часто проявляют чрезмерную детализацию, а порой мелочность. Демонстрируют обостренное чувство социальной справедливости, склонность к нравочениям. Честолюбивы, заносчивы и самонадеянны, подозрительны и неговорчивы, болезненно обидчивы, эгоистичны и ревнивы, злопамятны и мстительны. Особенно долго помнят обиды. Люди с таким характером часто бывают инициаторами конфликтов.

Психологической особенностью ригидных личностей является патологическая стойкость аффекта. Аффект особенно остро проявляется,

если ущемлены личные интересы, что является своеобразным ответом на уязвленную гордость, на задетое самолюбие, а также на различные формы подавления. В таком состоянии проявляют агрессию и склонность к импульсивным поступкам.

Исследования суицидологов показали, что у личностей демонстративного, застревающего и возбудимого типов суицидальные действия чаще всего носят импульсивный и необдуманный характер в психотравмирующих ситуациях.

Педантичный (психастенический) тип. Сущностью этого типа является слабое развитие механизмов вытеснения (забывания, непридания значения – прим. авт.). Такие люди характеризуются чрезмерной аккуратностью, организованностью и совестью. Добросовестны и надежны в работе. Однако боятся ответственности, поэтому долго взвешивают при принятии решения и мучаются сомнениями по поводу сделанного. Предъявляют к окружающим много формальных требований. Для психастенического типа характерны чрезмерная мнительность, впечатлительность, ранимость, застенчивость, чувство тревоги, пугливость, безынициативность, нерешительность, неуверенность в себе, в будущем, которое представляется бесперспективным, несущим неудачу, неприятности. В связи с этим для них характерна боязнь нового, неизвестного. Психастеники весьма подвержены фрустрации и депрессии.

Молодые люди психастенического типа испытывают достаточно много трудностей в общении с людьми, даже со сверстниками. В ситуации общения они не успевают ее быстро осмыслить, чувствуют себя скованно и теряются, поэтому их поведение характеризуется замкнутостью и отстраненностью. Несмотря на это, они испытывают серьезную потребность в близких отношениях и принадлежности к группе. Многие из них чувствуют неудовлетворенность своей жизнью.

Дистимический (субдепрессивный) тип характеризуется склонностью к депрессивным состояниям, пассивностью, необщительностью, замедленностью мышления, индивидуализмом, пессимизмом и сосредоточенностью на мрачных сторонах жизни. Люди с таким типом акцентуации характера отличаются серьезностью и наличием нравственной позиции, обладают обостренным чувством справедливости. Они высоко ценят тех, кто с ними дружит.

Для молодых людей дистимического типа характерными чертами также являются чувство собственной ущербности, робость, застенчивость. Они не переносят любой грубости, часто находятся в подавленном настроении, недоверчивы к окружающим, подозрительны. Грубое обращение с такими молодыми людьми, оскорбление, упрек на глазах у окружающих в пресуицидальный период могут спровоцировать самоубийство.

Циклотимический (аффективно-лабильный) тип. Личности с такими чертами характеризуются нестандартным отношением к миру, сочетанием серьезности и романтичности, резкими перепадами и чередованием

состояний – от восторженного и возвышенного (гипертимическая фаза) до мрачного и депрессивного (дистимическая фаза). В гипертимической фазе такие личности активны, жизнерадостны, общительны, отличаются высокой активностью и работоспособностью, легко решают возникающие проблемы. В дистимической фазе резко снижаются активность и общительность, ухудшается работоспособность, замедляется мышление, пропадает желание что-либо делать, падает настроение, появляются вялость, замкнутость, непоследовательность, неуравновешенность, эмоциональная неустойчивость, безразличие, чрезмерная обидчивость и придирчивость. Для таких личностей характерны постоянная неустойчивость настроения, привязанностей и эмоций, циклическая смена интересов и контактности. Длительность периодов спада и подъема может составлять от нескольких дней до месяца и более. Особенности этой акцентуации являются в значительной степени биологически обусловленными.

У молодых людей циклотимического типа в дистимической фазе появляется риск суицидальных действий, если они подвергаются психическим перегрузкам, психической травматизации, связанной с жизненными неудачами и нареканиями окружающих, необходимостью смены жизненных стереотипов и ломки сложившихся традиций, обязанностей, правил, провоцирующими мысли о собственной неполноценности. У таких молодых людей также может развиваться реактивная депрессия при переживании утраты близких, разлуки с ними, отвержения со стороны значимых лиц.

Эмотивный (лабильный) тип характеризуется добросердечием, эмоциональностью, исполнительностью, чувством долга, добросовестностью при выполнении задач, дисциплинированностью, доброжелательностью и тактичностью, умением уступать, состраданием, жалостливостью, самокритичностью, стремлением преодолеть свои недостатки, но характерна мнительная фиксация на своих недостатках.

Представители эмотивного (лабильного) типа способны на глубокие чувства, на большую и искреннюю привязанность. Их отличает задушевность, откровенность, простодушие и мягкосердечность. Они склонны к сопереживаниям и очень привязаны к близким. Это, прежде всего, сказывается в их отношении к родным и близким, но лишь к тем, от кого они сами чувствуют любовь, заботу и участие. Не менее свойственна лабильным подросткам и преданная дружба.

Главная черта этого типа – крайняя изменчивость настроения, когда настроение меняется слишком часто и чрезмерно круто, а поводы для этих коренных перемен бывают ничтожными. Настроению присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. От актуального настроения зависят не только психические, но даже и физиологические функции. Личности с такой особенностью характеризуется чувствительностью и глубокими реакциями в области тонких эмоций. Особенно характерна для них слезливость; при первом упоминании о каких-

то их личных переживаниях они плачут, или на глаза навертываются слезы. Они также отличаются робостью, застенчивостью, мнительностью, пугливостью, замкнутостью, крайней обидчивостью, что может провоцировать нападки невоспитанных или раздражительных людей.

Не переносят ситуаций необходимости сложного альтернативного выбора, резких переходов от одних дел к другим, несправедливых обвинений, соперничества, контрольных проверок, лишения возможности поделится с другими своими переживаниями. Такие личности очень уязвимы в отношении насмешек, оскорблений и издевательств. Порицания, осуждения, выговоры, нотации глубоко переживаются и способны ввергнуть их в глубокое уныние. Неудачи, конфликты, утраты близких людей могут послужить для них веским основанием, побуждающим к самоубийству. Часто к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц.

Аффективно-экзальтированный (лабильный) тип характеризуется альтруизмом, чувством сострадания, художественным вкусом, артистической одаренностью, яркостью и искренностью эмоций и чувств, изменчивостью настроения, большим диапазоном эмоциональных состояний, высокой контактностью, чрезмерной впечатлительностью, словоохотливостью, влюбчивостью, патетичностью, привязанностью к друзьям и близким, несдержанностью чувств, гневливостью или слезливостью, эгоизмом.

Лица этого типа легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние от печальных, причем все полярные отношения переживаются совершенно искренне. В своем поведении аффективно-экзальтированные личности руководствуются главным образом эмоциями, страстями, чувствами, что снижает их способности к рефлексии и волевому контролю поведения. В неблагоприятных ситуациях – паникеры, склонны к сиюминутным перепадам настроения. К травмирующим их ситуациям относятся: монотонная работа; ограничение инструкциями; критика и сильная конкуренция; ущемление чувства собственного достоинства; жизненные неудачи и горестные события; страх и угроза наказания. Вследствие этого, в состоянии отчаяния они легко переходят к суицидальным мыслям и действиям.

Тревожный (невротический или сенситивный) тип. Сущность этого типа проявляется в утрированном восприятии враждебности окружающего мира. Особенностью тревожности является, во-первых, достаточно длительное сохранение психического напряжения при смене привычных условий существования, что приводит к быстрому психическому истощению и снижает адаптационные возможности, и, во-вторых, ограниченность круга социальных контактов, вызванная ощущением враждебности окружающей среды и собственной неспособности к ее преодолению.

Для таких личностей характерными чертами являются: впечатлительность, эмоциональность, обязательность, исполнительность, самокритичность, дружелюбность, надежность и постоянство

привязанностей, но также робость и застенчивость, нерешительность, пугливость, неуверенность в себе, покорность, неумение дать отпор, растерянность перед новым, безынициативность, несамостоятельность, пессимизм, неудовлетворенность собой. В себе они видят множество недостатков, особенно в области морально-этических и волевых качеств. Однако у таких молодых людей часто можно наблюдать и сверхкомпенсацию – неестественно самоуверенное и дерзкое поведение. Они ищут самоутверждения там, где особенно чувствуют свою неполноценность.

Тревожные личности отличаются низкой контактностью вследствие робости и неуверенности в себе. Они предпочитают близкого друга большой компании и очень привязчивы в дружбе. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высоких моральных и этических требований и к окружающим, и к самому себе. Трудности адаптации чаще возникают в 16 – 19 лет. Именно в этом возрасте выступают оба главных качества этого типа – чрезвычайная впечатлительность и резко выраженное чувство собственной неполноценности.

Тревожные (сенситивные) личности отличаются повышенной склонностью к страхам и постоянным выдумыванием поводов для беспокойства. В силу выраженной незащищенности они часто служат «козлами отпущения» и мишенями для шуток. Отношение окружающих является слабым местом сенситивных личностей. Ситуации страха и угрозы наказания, необходимости определиться в отношениях с новыми людьми, необходимости принятия самостоятельных решений и выполнения заданий без инструкций, несправедливого обвинения со стороны других и насмешек, когда на их репутацию падает малейшая тень, оказываются для них непереносимыми.

Астено-невротический тип характеризуется непритязательностью, надежностью, постоянством, сосредоточенностью, усидчивостью в периоды работоспособности, хорошей переносимостью привычных трудностей, исполнительностью, аккуратностью, дисциплинированностью, скромностью, дружелюбием, послушанием, незлопамятностью, а также медлительностью, пассивностью, безынициативностью, негибким консервативным мышлением, склонностью принимать все на веру, покорным отношением к власти, авторитету, капризностью, плаксивостью, неуверенностью в себе, робостью, раздражительностью по пустякам.

Такие молодые люди не стремятся к близким отношениям из-за пугливости и неуверенности, имеют узкий круг общения. Для них характерны быстрая утомляемость и наступающая вслед за этим ипохондрия, особенно при повышенных физических и психических нагрузках. Забота о здоровье у них носит сверхценный характер. Они плохо переносят смену обстановки и легко теряют равновесие в конфликтных ситуациях.

К ситуациям, способным спровоцировать суицидальные тенденции можно отнести длительные физические и психические нагрузки, высокую интенсивность и конфликтность общения, необходимость быстрого

переключения в работе и общении, ситуации требующие проявления волевых усилий, насмешки и издевательства, болезнь.

Многочисленные исследования ведущих суицидологов показали, что, если представлять акцентуацию характера как черту потенциального суицидента, то строгого соответствия какой-либо типологической характеристики личности или типу акцентуаций среди суицидентов не существует. Согласно результатам этих исследований, суицидальная тенденция у психически нормального человека формируется под влиянием в большей степени *психических состояний*, а не свойств. Само суицидальное поведение носит ситуативный характер, как и психическое состояние. Так, А. Е. Личко с коллегами пришли к выводу, что около половины суицидальных действий подростков и юношей совершается на фоне острой аффективной реакции в ситуации конфликта с ближайшим социальным окружением. Таким образом, типологические особенности личности в сочетании с другими факторами формируют особую predisposition личности, способствующую повышению суицидального риска.

Согласно точки зрения К. К. Платонова «...психические состояния каждого человека своеобразны, поскольку неразрывно связаны с индивидуальными особенностями личности, с его нравственными и другими чертами» (1972 г.). Роль определенных акцентуаций и устойчивых личностных свойств в формировании суицидального мотива заключается в снижении адаптационных возможностей личности в условиях стрессогенного социального взаимодействия и придании специфической окраски психическим состояниям (тревоги, тоски, подавленности, отчаяния, одиночества, фрустрации, аффекта и т.д.) в условиях дезадаптации.

Анализ описаний суицидоопасных акцентуаций характера показал, что *состояние тревоги* является зачастую одним из ведущих проявлений у многих упомянутых выше акцентуантов, которые отличаются ранимостью, чувством собственной неполноценности, интрапунитивностью (склонностью к самообвинению). Тревожность, как свойство и как психическое состояние у плохо адаптированной в конкретной ситуации личности имеет predisponирующее и провоцирующее значение в формировании суицидальной тенденции. В результате проведенных нами исследований выраженная тревожность выявлена у 83,3% парасуицидентов (2010 г.).

Д. Вассерман отмечает, что тревога является значимым фактором риска суицидального поведения у молодежи. По ее утверждению, все суициденты, пытавшиеся покончить с собой, отличаются более высоким уровнем тревоги. Причем она в большей степени выражена у суицидентов мужского пола. Особенно проблема тревожности, с точки зрения ее суицидальной опасности, имеет прогностическое значение для акцентуированных личностей, т. к. она провоцирует более глубокие формы дезадаптации.

Наряду с тревожностью, другими характерными для суицидентов состояниями, возникающими на основе акцентуированных черт, являются *депрессия* и ее проявления у молодых суицидентов: склонность к

самообвинению, переживанию **чувства вины** и **злости**. Многие авторы отмечают, что высокую суицидальную опасность представляют психогенные или реактивные депрессии, в отличие от психотических (т. е. вызванных психическим заболеванием).

Так, наши исследования показали, что у подавляющего большинства молодых людей, совершивших суицидальную попытку, присутствует целый ряд основных симптомов депрессии. Большинство молодых людей данной группы (95,1 %) отмечают утрату прежних интересов и снижение способности получать удовольствие от того, что раньше это удовольствие приносило (ангедония), 97,6 % парасуицидентов испытывают снижение активности и потерю энергии. Пессимистическая оценка своего будущего характерна для 88,1 % молодых людей данной группы. Трудность в принятии решений отметили 64,3% парасуицидентов. Переживание чувства вины обнаружены у 71,4 % парасуицидентов (2010 г.).

Диапазон жизненных ситуаций, провоцирующих острое переживание вины у суицидентов весьма широк – от аморальных, либо противоправных действий до любовных отношений. Депрессивные состояния сопровождают большинство суицидентов от момента формирования дезадаптационных процессов до астенического аффекта, на фоне которого совершаются суицидальные действия.

Многие авторы отмечают, что у молодых людей на фоне депрессии, часто связанной с суицидальными попытками, наряду с эмоциональной нестабильностью может наблюдаться **агрессивность** в поведении, а **гнев**, являясь эмоциональным состоянием, может быть важным фактором формирования суицидальной тенденции. Враждебность и гнев особенно сильно проявляются в ситуациях, когда социальное окружение ущемляет самолюбие молодого человека. Каждый суицидальный акт выражает не только бессознательную враждебность, но также необычайный дефицит способности любить других. Наиболее высокую вероятность формирования подобных состояний представляют сочетания перечисленных ранее акцентуаций характера.

Любая из рассмотренных выше особенностей личности суицидента, и даже их некоторая совокупность, характерны для личности и поведения многих людей, но далеко не у всех они провоцируют суицидальное поведение. Поэтому многие авторы предлагают рассматривать суицидальное поведение как результат формирования и развития определенного «жизненного сценария» или поведенческих моделей, закладываемых еще в раннем детстве. По их мнению, суицидальное поведение является своеобразным проявлением дезадаптивных копингов поведения.

Анализ работ ведущих суицидологов указывает на тесную взаимосвязь суицидоопасных психических состояний человека с процессами его психологической защиты. Защитные процессы стремятся избавить личность от рассогласованности побуждений и амбивалентности чувств, предохранить ее от осознания нежелательных или болезненных переживаний а, главное,

устранить тревогу и напряженность. При преодолении сложных жизненных ситуаций человек использует большой арсенал защитных механизмов (*копинг-стратегий*), которые представляют собой важнейшие формы адаптационных процессов и стратегий реагирования индивида на стрессогенные ситуации.

Копинг (coping (*англ.*) – преодолевать) понимают как динамический процесс и рассматривают, как когнитивные, эмоциональные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса. Таким образом, копинг-механизмы проявляются в трех модальностях функционирования личности – когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах.

Главная задача копинга – обеспечение и поддержание благополучия человека, физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями. Наиболее часто применяемые стратегии объединяются в обобщенные личностные образования или устойчивые стили совладающего поведения. Большинство исследователей характеризуют копинг как достаточно стабильную черту личности.

Поведение, направленное на изменение стрессогенной ситуации или уменьшение силы воздействия стресс-фактора на личность в психологии стали называть «копинг-поведением» или совладающим (стресс-преодолевающим) поведением, подразумевающим индивидуальный способ преодоления личностью противоречивых (конфликтных) условий затруднительной жизненной ситуации, в соответствии с ее значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами. Копинги определяют формирование различных форм поведения, приводящих к адаптации или дезадаптации личности.

Продуктивное совладающее поведение характеризуется как активное, осознаваемое, основанное на произвольном выборе, реалистическое, гибкое, повышающее адаптивные возможности субъекта. Суицидальное же поведение является результатом деструктивных и дезадаптивных копингов поведения. Будет ли избранная копинг-стратегия адаптирующей, конструктивной или дезадаптирующей, разрушительной для личности и окружающих, зависит как от особенностей стрессовой ситуации, так от самой личности и ее социального окружения.

Процесс преодоления личностью условий трудной жизненной ситуации связан с усиленным использованием имеющихся у личности ресурсов. Копинг-поведение формируется и регулируется посредством *личностных* и *средовых* ресурсов, которые называются *копинг-ресурсами*. Копинг-ресурсы являются относительно стабильными характеристиками личности и социальной среды.

Наряду с личностными составляющими преодоления трудных жизненных ситуаций и кризиса существенную роль играет социальное окружение молодого человека. Социальная среда (социальные сети, семья, друзья, значимые другие, социальные институты и т. д.) при этом представляет собой очень мощный копинг-ресурс, который компенсирует воздействие негативных стресс-факторов и стимулирует продуктивное копинг-поведение, тем

самым сохраняя эмоциональную стабильность и обеспечивая личностный рост. Здесь особо важную роль играют социальная поддержка семьи и статус в социальных группах, в которые включена личность.

Среди копинг-стратегий поиск социальной поддержки занимает особое место. Он переводит анализ кризисной ситуации с индивидуального контекста к осознанию всей ситуации в целом, включающей в себя широкое поле взаимодействия молодого человека с другими людьми. Вот почему когда речь заходит о психологической помощи и поддержке в условиях переживания кризиса, то обычно в качестве первого шага выделяют изучение и использование возможностей *сети естественной (социальной) поддержки*. Помимо прямого влияния социальная поддержка может оказывать буферный эффект при возникновении разнообразных травматических факторов. Б. Г. Ананьев отмечал, что устойчивость и выносливость личности по отношению к фрустрирующим факторам «...зависит от поддержки, моральной помощи, соучастия, сочувствия других людей, солидарности группы. Распад социальных связей влечет за собой ломку интраиндивидуальной структуры личности, возникновение острых внутренних кризисов, дезорганизирующих поведение».

Успешность адаптации к жизненным ситуациям определяется уровнем развития копинг-стратегий и возможностями оптимальной реализации копинг-ресурсов. Суицидальное поведение характеризуется дисфункциональными и дезадаптивными копинг-стратегиями. Результаты исследований выявили следующие особенности копинг-поведения и копинг-ресурсов у подростков и юношей с разными формами суицидальной активности (Ю. В. Попов, А. В. Бруг, 2005 г.):

- преобладание копинг-стратегии избегания над стратегиями разрешения проблем и поиска социальной поддержки; несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов; неразвитость когнитивно-оценочных копинг-механизмов; дефицит социальных навыков разрешения проблем; интенсивное использование не свойственных возрасту копинг-стратегий (например, детских стратегий);

- преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха; отсутствие готовности к активному противостоянию негативным факторам среды; негативное отношение к проблеме и оценка ее как угрожающей; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведенческой активности; низкий функциональный уровень копинг-поведения;

- отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор и слабая его осознаваемость, воздействие на собственное психоэмоциональное напряжение с целью его редукции;

- низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов (негативная, слабо сформированная Я-концепция; низкий уровень восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации; отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны окружающей среды и т.д.).

Такого рода особенности поведения предполагает его исход в неблагоприятной ситуации в виде дезадаптации и социальной изоляции в результате неэффективного функционирования копинг-стратегий (как способов управления угрожаемыми человеку условиями) и копинг-ресурсов (как относительно стабильных личностных характеристик и социального окружения).

Таким образом, устойчивые *индивидуально-типологические характеристики* имеют прогностическое значение, так как они определяют тип реагирования и защитные реакции в кризисной ситуации и представляют собой опорные данные, с учетом которых возможно предупреждение развития неблагоприятного психического состояния и пути его коррекции.

Многолетние исследования психологических предпосылок суицидального поведения позволили выявить много личностных особенностей, характерных для довольно больших групп обследуемых суицидентов. В основном их круг является достаточно очерченным. Проблема заключается в степени их представленности, диагностируемости, информативности и доступности для организации ранней превенции суицидальных тенденций.

Для выявления факторов суицидального риска, уточнения их диагностической значимости и совершенствования профилактических мероприятий в работе учреждений Министерства образования Республики Беларусь с учащимися в 2010 – 2011 годах временным научным коллективом кафедры социальной работы ГИУСТ БГУ было проведено научное исследование, в ходе которого выявлялись диагностически значимые личностные и социально-психологические факторы, детерминирующие суицидоопасное развитие кризисных состояний, а также определялась их прогностическая «ценность». Процедура исследования заключалась в анализе особенностей проявления признаков суицидального риска в выборке молодых людей, представленной тремя группами (с низким суицидальным риском, с суицидальным риском выше среднего и высоким, совершившие суицидальную попытку), позволяющая в динамике рассмотреть развитие признаков нарастания риска суицидального поведения.

Эмпирическое исследование проводилось на базе Белорусского государственного университета и медицинских учреждений психоневрологического профиля г. Минска и г. Гомеля. Выборка обследуемых составила 450 человек (409 студентов БГУ и 41 парасуицидент без психотических синдромов из числа учащейся молодежи). Сравнимые группы молодых людей не отличались по таким демографическим характеристикам как возраст и образование. Психологическое исследование проводилось с применением следующих методик: тест «СР-45» П. И. Юнацкевича, методика «Незаконченные предложения» Л. Сакса и В. Леви, методика «Как Вы разрешаете эти трудности», адаптированная в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психо-неврологического института им. В. М. Бехтерева

на основе Бернского вопросника «Способы преодоления критических ситуаций» Э. Хейма, опросник депрессии А. Бека, опросник «Личностный профиль кризиса» А. А. Урбановича, социальная анкета по изучению биографических, социально-психологических и клинических характеристик обследуемых.

Обследование было направлено на выявление у учащихся:

- степени выраженности суицидального риска;
- особенностей отношения к окружающим людям и себе;
- привычных форм реагирования на жизненные трудности, ведущих стратегий преодоления кризисных ситуаций и решения проблем;
- наличия и степени выраженности депрессивного состояния;
- наличия, степени выраженности и особенностей переживания личностного кризиса;
- социально-демографических особенностей, характера социальных взаимодействий, отношения к учебной деятельности, состояния здоровья, социальной адаптированности, наличия суицидальных тенденций, сфер, где молодой человек испытывает личностные трудности.

В соответствии с целью исследования для выявления диагностически значимых факторов, обуславливающих суицидальный риск у молодых людей, выявлялись доминирующие *психические состояния* и характерные *личностные особенности* в группах с уровнем суицидального риска «выше среднего» и «высокий». *Психические состояния* отражают динамическую характеристику суицидальной тенденции и могут быть одинаково представлены как у парасуицидентов, так и у студентов. Поэтому для их изучения студенты БГУ и парасуициденты составляли общую выборку, которая делилась на группы по критерию выраженности суицидального риска. *Личностные особенности* представляют собой относительно устойчивые характеристики. В связи с этим, при их изучении парасуицидентов выделяли как отдельную группу для сравнения с группой студентов с уровнем суицидального риска «выше среднего» и «высокий».

Результаты обследования студентов БГУ и парасуицидентов по методике «СР-45» позволили разделить данную выборку на пять подгрупп по уровню выраженности суицидального риска. Значимой группой для выявления доминирующих *психических состояний* являлись лица с уровнем суицидального риска «выше среднего» и «высокий» – 77 человек (студенты БГУ – 44 человек (11%), парасуициденты – 23 человека (57,5%).

Выраженное депрессивное состояние и тяжёлая депрессия обнаружены у 23 (52,3%) студентов с суицидальным риском «выше среднего» и «высокий» и у 17 (73,9%) парасуицидентов с суицидальным риском «выше среднего» и «высокий». В результате корреляционного анализа выявлена тесная положительная ***взаимосвязь между суицидальным риском и депрессивным состоянием.***

При изучении личностного профиля кризиса полученные средние значения свидетельствуют о том, что у лиц с суицидальным риском «выше

среднего» и «высокий» показатели переживаемого кризиса имеют выраженный характер и депрессивную симптоматику в отличие от молодых людей с низким суицидальным риском. Проведенный далее корреляционный анализ показал наличие положительных **взаимосвязей между суицидальным риском** и выраженностью следующих проявлений кризисного состояния:

1. Функциональные проблемы
 - а) **нарушения функционирования вегетативной системы;**
 - б) **нарушения дыхания;**
 - в) **нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта;**
 - г) **проблемы со сном.**
2. Осложнения познавательно-аналитической деятельности
 - а) **осложнения функционирования внимания;**
 - б) **осложнения функционирования восприятия;**
 - в) **осложнения функционирования мышления;**
 - г) **осложнения функционирования памяти.**
3. Нарушения эмоционального реагирования
 - а) **тревога;**
 - б) **генерализованные эмоциональные реакции (гнев, стыд, вина);**
 - в) **слабодушие, повышенная эмоциональность;**
4. **Депрессивное настроение.**
5. Перемены в поведении и деятельности
 - а) **попытки уйти от психотравмирующей ситуации;**
 - б) **поглощенность психотравмирующей ситуацией;**
 - в) **проблемы с учебой и исполнением домашних обязанностей.**

Таким образом, значимыми показателями **суицидоопасных состояний** являются депрессия (степень выраженности) и личностные кризисы (степень выраженности и особенности переживания). Полученные результаты во многом подтвердили выводы отечественных и зарубежных суицидологов.

В ходе изучения личностных особенностей парасуицидентов и молодых людей с суицидальным риском «выше среднего» и «высокий» выявлялись **особенности их отношения к окружающим людям и себе, ведущие стратегии преодоления кризисных ситуаций и решения проблем (копинг-стратегии), особенности личностной и социальной идентичности.**

Результаты исследования **особенностей отношения к окружающим людям и себе** свидетельствуют о том, что у данной категории испытуемых источником **сильных психотравмирующих переживаний являются отношения с родителями, друзьями, преподавателями, сексуальные отношения, вина, жизненные цели и переживания по поводу прошлого и будущего.**

Анализ результатов эмпирического исследования выборки парасуицидентов позволил выявить некоторые типологические особенности данной категории молодых людей. В ходе исследования **ведущих стратегий преодоления жизненных трудностей (копинг-стратегий), как устойчивых**

характеристик адаптационных особенностей личности, выявлялись копинги в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах.

Наиболее характерными копингами, реализуемыми в поведенческой сфере у парасуицидентов, являются неадаптивные копинги **«отступление-изоляция»** и **«компенсация»**, – поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем, стремление к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя и лекарственных средств. При этом практически **не выражены** такие стратегии преодоления кризисных ситуаций как **«конструктивная активность»** и **«альтруизм»** – которые понимаются как поведение личности, при котором она погружается в путешествия и исполнение своих заветных желаний, вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает ее близким в преодолении трудностей.

Ведущими копинг-стратегиями в когнитивной сфере у парасуицидентов являются неадаптивный копинг **«растерянность»**, – отказ от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, – что было нехарактерным для молодых людей с низким суицидальным риском. У парасуицидентов **не выражены**, в отличие от студентов с низким суицидальным риском, такие конструктивные копинги как **«сохранение самообладания»**, **«придание смысла»**, **«относительность»** – формы поведения, направленные на более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций, реальную оценку трудностей, придание особого смысла их преодолению.

Анализ результатов исследования копинг-механизмов, реализуемых в эмоциональной сфере показал, что парасуициденты и молодые люди с высоким суицидальным риском демонстрируют схожие результаты. Нехарактерным копингом для обеих групп является адаптивный копинг **«оптимизм»** как уверенность в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации. При этом достаточно явно выражен неадаптивный копинг **«покорность-бездёжность-фатализм»** – форма реагирования, характеризующаяся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадёжности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Оценка достоверности различий подтвердила обнаруженные различия между группами обследуемых студентов и парасуицидентов по используемым копинг-стратегиям. Полученные в результате корреляционного анализа коэффициенты свидетельствуют о наличии сильных положительных взаимосвязей между высоким уровнем суицидального риска и неадаптивными копинг-стратегиями. Чем выше суицидальный риск, тем более выражены неадаптивные и слабее адаптивные копинг-стратегии.

Наибольшим прогностическим значением в диагностике личностной предрасположенности к суицидальному поведению обладают такие копинг-стратегии, как:

- растерянность,
- покорность-безнадежность-фатализм,
- отступление- изоляция и компенсация,
- низкий уровень оптимизма,
- отсутствие навыков сохранения самообладания,
- отсутствие альтруизма,
- слабая выраженность конструктивной активности
- отсутствие навыков активного избегания.

В ходе исследования была выявлена достаточно характерная особенность, связанная с высоким суицидальным риском, на которую обращают внимание и зарубежные суицидологи, – **увлеченность рискованными занятиями, связанными с угрозой здоровью и жизни**. Среди молодых людей из группы высокого суицидального риска такая особенность обнаружена у 37,5 %.

Исследование также показало, что значимой особенностью личности парасуицидентов является **несформированность личностной и социальной идентичности и низкая самооценка**. Более 51 % из них отметило, что не знает своих внутренних возможностей. Для этих молодых людей является характерным переживание разлада с самим собой и со своим социальным окружением. При этом по данному фактору не было обнаружено статистически достоверных различий между парасуицидентами и молодыми людьми с высоким и выше среднего уровнем суицидального риска. Это говорит о «близости» по фактору **«несформированность личностной и социальной идентичности»** парасуицидентов и молодых людей с высоким суицидальным риском, что в свою очередь является свидетельством его **высокой прогностической значимости** (Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков, 2012 г.)

Формирование и заострение перечисленных выше черт характера и особенностей личности как предрасположения к суицидальному поведению тесным образом связаны с ущербностью социализации и особенностями жизненного пути или биографии молодых людей. Условия развития, значимые события, «успешность» или «неуспешность» поведения в каких-либо ситуациях, особенно в детско-подростковом возрасте, в любом случае как-то отражаются на психическом складе человека, формируя не только жизненный опыт, но и устойчивые особенности личности, поведенческие модели реагирования. Таким образом, только в контексте биографии молодого человека личностные факторы суицидального риска становятся информативными и приобретают прогностическое значение. Поэтому многие суицидологи, рассматривая личностные особенности молодых суицидентов и значимые факторы суицидального риска, уделяют пристальное внимание процессу их социализации.

Значимым **биографическим фактором** суицидального риска, как отмечают суицидологи, являются особенности воспитания в детском и подростковом возрасте, а также характер взаимоотношений в семье. Многочисленные исследования показали, что **детско-родительские взаимоотношения** в семьях, где воспитывались суициденты, характеризовались **аномальностью** и **дезорганизацией**: отверганием детей; пренебрежением к их потребностям в близости, контакте, тепле, понимании и другим базовым потребностям; недостатком родительской заботы; воспитанием в атмосфере негативных эмоций и доминированием физических наказаний; безапелляционностью в требованиях к детям; холодностью, авторитарностью или жестокостью родителей; матриархальным стилем отношений в семье; гипо- либо гиперопекой; наказаниями в виде уничижающих высказываний, снижающих самооценку ребенка; поощрениями в недозированном количестве подарков и изоциренных удовольствий; напряженным недоброжелательством между родителями и другими членами семьи; систематическими физическим, сексуальным и психологическим насилием.

Другим источником формирования психологических особенностей, относящихся к факторам суицидального риска, по оценке суицидологов, служат **семьи, характеризующиеся частыми конфликтами**, где психологическая напряженность между супругами или между родителями и детьми носит хронический характер. Это подтвердили и наши исследования. Сфера отношений с родителями оказалась одной из «пиковых» по показателям неблагополучия во взаимоотношениях с другими людьми у испытуемых с высоким суицидальным риском и парасуицидентов (2010 г.).

Отсутствие гармонии и теплоты во взаимоотношениях между членами семьи, определяющих успешность социализации личности, серьезно трансформируют, развивающуюся у детей, систему навыков социального взаимодействия. Неумение или нежелание родителей решать без конфликтов семейные проблемы неизбежно передается и ребенку, являясь одним из факторов, деформирующих его адаптационные возможности. Если же проблемы в семье приобретают хронический характер и ребенок не получает позитивный опыт решения проблемных ситуаций, то у него образуются и закрепляются деструктивные механизмы совладающего поведения. Такие дети формируются неприспособленными к жизненным трудностям, легкоранимыми, легковозбудимыми, с невысоким уровнем интеллекта, капризными и упрямыми, склонными к депрессивным переживаниям и, соответственно, к риску суицидального поведения.

Существенным биографическим фактором, обуславливающим риск суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте является воспитание ребенка в условиях **физического, психического и сексуального насилия**. Любая форма насилия над ребенком грубо деформирует весь процесс его социализации. Практически все дети, страдающие от жестокого обращения, переживают острую психическую травму, оставляющую

отпечаток в виде личностных, эмоциональных и поведенческих особенностей. Нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни психического функционирования. Они приводят к стойким личностным изменениям, влияющим на всю дальнейшую жизнь и препятствующим самореализации личности в будущем.

Любое насилие взрослых по отношению к ребенку воспринимается им как проявление нелюбви. Естественная реакция ребенка на нелюбовь – *страх, обида, боль, гнев, тревога, чувство бессилия и отверженности, резкое снижение самооценки*. Маленький ребенок начинает чувствовать себя нежеланным и нелюбимым, начинает относиться к себе враждебно и с презрением. Ощущение, что он нежеланный, вызывает в ребенке глубокое чувство вины и стыда за свое существование, стойкую убежденность в собственной *неполноценности*. В связи этим ребенку трудно добиться уважения и успеха у окружающих, затрудняется его общение со сверстниками. Впоследствии у него может развиваться тяжелая депрессия с ощущением враждебности окружающего мира, чувством собственной неполноценности и несостоятельности во всем, социальной изолированностью, суицидальными тенденциями.

Наиболее травматичным для ребенка или подростка является сексуальное насилие. Последствия такого насилия еще более тяжелы, если оно совершено близким для ребенка человеком. По утверждению ряда авторов, психическая травматизация в этом случае, существенно повышает риск глубоких депрессий и суицида как в ближайшем, так и в отдаленном будущем. Таким образом, большинство исследователей сходятся в том, что наиболее характерными результатами пережитого в детстве насилия являются нарушения Я-концепции, чувство вины, тревога, депрессия, трудности в межличностных отношениях, сексуальные дисфункции и склонность к суицидальному поведению.

Еще одним достаточно распространенным фактором в биографии молодых суицидентов, как показывает анализ многих исследований, является ***воспитание в неполных семьях***, когда один из родителей покинул ребенка еще в детском возрасте. Ребенку распад семьи или утрата одного из родителей наносит серьезную психическую травму. Последующее же воспитание одним родителем (чаще всего матерью) не обеспечивает формирования идентичности и системы ролевых моделей поведения, создает у ребенка деформированную систему реагирования на психотравмирующие события, в которой превалирует эмоциональная сфера.

Как показывают исследования отечественных и зарубежных суицидологов в биографии 40 – 70 % суицидентов подростково-юношеского возраста обнаруживается этот фактор. Так, исследование шведских ученых показали, что для детей, которых воспитывает только один родитель, вероятность возникновения проблем с психикой и даже суицида вдвое выше по сравнению с их сверстниками, которые растут в благополучных семьях с отцом и матерью. При этом мальчики находятся в большей опасности. А

канадские ученые выяснили, что для выросших в неполных семьях мужчин вероятность покончить жизнь самоубийством увеличивается в среднем в три раза. По мнению членов исследовательской группы, это, прежде всего, связано с тем, что в подавляющем большинстве случаев после развода дети остаются с матерью и не имеют достаточно тесного контакта с отцом, что лишает их полноценной социализации и достижения полоролевой идентичности.

В неполных семьях также очень остро стоит проблема *невнимания к растущим детям*. Одиноким родителям из-за нагрузок, связанных с материальным обеспечением семьи и домашними делами, не всегда имеет время на полноценное общение с ребенком. В результате, ребенок лишается значимого канала приобретения жизненного опыта, источника психологической поддержки и уверенности в себе, эмпатической близости, а родители не имеют представления об интимных или глубоко личностных переживаниях своего ребенка. Еще более болезненным для детей является холодное безразличие к себе со стороны родителей.

В подростковом возрасте эта проблема особенно актуальна. Возникающие в короткий пубертатный (кризисный) период «глобальные» вопросы требуют «незамедлительного» ответа. Зачастую в силу подобной родительской изоляции подросток ищет ответы там, где их быстро можно найти. Его ближайшее социальное окружение (сверстники, референтные группы и т. д.), к сожалению, не всегда может удовлетворить его возрастную актуальную потребность в осознании реального образа «Я». Подросток замыкается в себе. Часто бывает, что все попытки сделать собственные выводы сводятся к тому, что он никому не нужен, одинок и поэтому глубоко несчастен. Такие мысли в конечном итоге приводят к подростковой депрессии и, как следствие, к попыткам суицида. Таким образом, потеря доверительной эмпатической связи с родителями – один из сильнейших стимуляторов суицидальной тенденции у подростков. По оценкам многих отечественных и зарубежных суицидологов мысли о самоубийстве посещают подростка тем чаще, чем меньше он доверяет своим родителям.

Суицид из-за несчастной любви часто становится продолжением проблемы недостатка внимания к подростку в семье, так как юношеская влюбленность является отражением потребности быть нужным хоть кому-нибудь. Одним из основных психологических объяснений проблем, связанных со сверстниками противоположного пола, является чрезмерная зависимость, которая возникает обычно в качестве компенсации плохих отношений со своими родителями из-за постоянных конфликтов и отсутствия контакта с ними. В этом случае часто бывает, что отношения с другом или подругой становятся столь значимыми и эмоционально необходимыми, что любое охлаждение в отношениях, а тем более измена, воспринимается как невозполнимая утрата, лишаящая смысла дальнейшую жизнь. При этом иногда, при отсутствии поддержки близких и окружающих,

происходят импульсивные суицидальные акты без истинного намерения лишиться себя жизни.

На процесс социализации и формирование личности потенциального суицидента, как указывают многие авторы, существенное влияние оказывают такие факторы, как: **наличие в семье алкоголиков и наркоманов, психически больных, лиц с асоциальным и антисоциальным поведением**. Многие молодые люди-суициденты воспитывались в неблагоприятных семейных условиях, включая безнадзорность, конфликты с родителями, пьянство и делинквентное поведение членов семьи и т.п. Наши исследования выявили этот фактор более чем у 65 % обследованных суицидентов (Колмаков А. А., 1998 г.).

Ощущение брошенности, острый дефицит родительской теплоты формирует в характере таких детей постоянное стремление к теплым эмоциональным отношениям (склонность к эмоциональной зависимости), которые в иерархии ценностей суицидентов зачастую занимают одно из ведущих мест. С другой стороны, характер взаимоотношений в подобных семьях существенно сужает процесс формирования навыков социального взаимодействия. При смене социальной обстановки такие индивиды оказываются дезадаптированными.

Существенное значение в генезе суицидального поведения молодых людей, по оценкам суицидологов, имеет и другой «полюс» семейного неблагополучия ребенка – **гиперопека и авторитаризм родителей**. Такие условия развития личности также далеки от благоприятных. Порой «любящие» и «заботливые» родители в стремлении обеспечить «счастливое» будущее своего ребенка по сути лишают его настоящего. Результатом такого воспитания являются инфантилизм, эгоистичность, акцентуированные черты характера и уязвимость в отношении дезадаптационных процессов у юноши (девушки).

Риск суицидального поведения, по мнению многих отечественных и зарубежных исследователей, наиболее высок среди молодых людей, образ жизни которых с социальной точки зрения отличается деструктивным характером. Среди значимых в прогностическом отношении факторов суицидологи отмечают **раннюю алкоголизацию, наркоманию и токсикоманию, делинквентное поведение**. Уже сами по себе они являются аутодеструктивными, так как отражают низкий уровень социальной адаптированности таких личностей. Достаточно частым предшественником самоубийства у подростков и юношей является сочетание симптомов антисоциального поведения и депрессии. Поэтому переход к крайней форме девиаций – суициду – является для них наиболее легким.

Однако самым суицидоопасным в прогностическом отношении биографическим фактором среди поведенческих девиаций являются **суицидальные попытки в прошлом**. Совершенные молодым человеком ранее попытки к самоубийству являются мощным предиктором последующего завершеного суицида. Этот фактор выступает как

закрепленная в сознании модель поведения в неблагоприятных жизненных ситуациях.

Исследования показывают, что после первой попытки 30 – 60 % подростков и юношей обнаруживают склонность к рецидивам суицидального поведения, а каждый 10-й погибает от повторного суицида. Вероятность совершения суицида возрастает также в том случае, если кто-либо из значимых близких людей потенциального суицидента совершал суицидальные действия. В результате наших исследований выяснилось, что 25 % студентов из группы высокого суицидального риска и более 50 % парасуицидентов уже предпринимали попытки решать жизненные проблемы путем покушения на собственную жизнь. У 16 % парасуицидентов такие попытки случались среди близких и родных людей (2010 г.).

По оценкам суицидологов аутоагрессивные действия подростков представляют чрезвычайную опасность. Подросткам свойственна тенденция к повторным суицидальным действиям. К таким выводам пришли российские исследователи из НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского в г. Москве. Ими был выявлен факт снижения среднего возраста суицидентов по мере увеличения числа предшествующих попыток в анамнезе. Так, средний возраст суицидентов с единственной попыткой составлял 35,7 года, с двумя – 24,5 года, при трех-четырех – 22 года, при пяти и более – 21,6 года. Таким образом, чем раньше совершается первая суицидальная попытка, тем выше вероятность рецидива суицидальных действий и ухода из жизни.

К формированию суицидальных тенденций в подростково-юношеском возрасте могут привести *проблемы в учебной деятельности*, которые обычно связаны с неуспеваемостью или плохими отношениями с преподавателями, администрацией учебного заведения, а также со сверстниками в учебном коллективе. Например, насмешки окружающих и постоянное чувство неполноценности у учащихся с плохой успеваемостью при сочетании у них невысокого интеллекта с выраженной сенситивностью, либо серия неудач у отличника, привыкшего к восхищению и не способного пережить чувство горечи, стыда и вины за то, что не соответствует сложившемуся образу «Я» и не оправдывает ожидания родителей.

Среди факторов, снижающих адаптационные возможности и актуализирующих риск суицидального поведения у людей молодого возраста, нельзя обойти вниманием группу *медицинских факторов*. Исследования выявили, что с повышенным риском суицида связаны онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция и СПИД, юношеский диабет, эпилепсия, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, перенесенные ранее нервно-психические расстройства, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, нежелательная беременность, последствия систематического физического, сексуального и психологического насилия в жизненном опыте до 13-15 лет, физические дефекты и слабое физическое развитие, частые и необоснованные обращения за медицинской помощью, симуляция болезней и т. п.

Проблемы с сексуально-ролевой идентичностью, например гомосексуальностью, суицидологи также относят к числу факторов суицидального риска у молодежи. Повышенный риск суицидального поведения у гомосексуальных подростков связан с гомофобией окружающего общества. В связи с этим Э. Гроллман отмечает, что гомосексуалы предпринимают попытки к самоубийству в 2 – 7 раз чаще, чем гетеросексуалы.

Анализ результатов экспертного опроса врачей психиатров и психотерапевтов, которым по роду своей деятельности приходится работать с суицидентами либо людьми, находящимися в суицидоопасном состоянии, позволил сделать ряд выводов для уточнения прогностической ценности упомянутых выше личностных факторов суицидального риска. Все эксперты отмечали ведущую роль социально-психологических детерминант и механизмов в формировании суицидальных реакций у психически нормальных людей. Среди личностных факторов большее значение в прогностическом отношении имеют *психологические* и *биографические* факторы, т. е. факторы, характеризующие особенности личности и процесса ее социализации. Наличие этих факторов увеличивает вероятность суицидальных действий и позволяет определить лиц, **склонных** к суицидоопасным формам дезадаптации, суицидальным переживаниям, суицидоопасным поведенческим реакциям. Эксперты выразили мнение, что в определении степени суицидального риска необходим системный подход, в диагностике следует избегать механического объединения перечисленных факторов, т. к. его качественная характеристика зависит от полноты учета ситуационных, событийных детерминант. В связи с этим в определении степени собственно суицидального риска и профилактике суицидального поведения следует опираться на *ситуационные* факторы (А. А. Колмаков, 2000 г.), о которых речь будет идти ниже.

Адаптированность молодого человека в социальной среде и его адаптационные возможности характеризуется успешностью социализации, сформированностью системы установок, мотивов, целей, ценностных ориентаций, моделей поведенческого реагирования, соответствующих социальным нормам, включенностью в учебные и другие социальные группы и характером взаимодействия в них. Это формирует систему высокой психологической устойчивости в различных ситуационных нагрузках социальной жизни. В случае ущербности или деформации системы психологической устойчивости молодой человек не может психологически преодолевать эти нагрузки. Поведенческие реакции при этом зачастую имеют аномальный характер. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как гипертрофированным развитием отдельных эмоциональных, волевых и интеллектуальных характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

Несмотря на относительную определенность в системе наиболее значимых психофизиологических, психологических, биографических и медицинских факторов, они не могут в различных своих комбинациях напрямую отражать *степень* риска суицидального поведения у конкретного человека. Личностные факторы раскрывают *предиспозиционную вероятность* суицидального поведения, не раскрывая при этом уровня готовности к суицидальным действиям. Эти факторы начинают оказывать влияние на формирование суицидальной тенденции только на фоне развития негативных психических состояний в динамике ее развития.

2.3. Динамическая характеристика формирования и развития суицидальной тенденции. Признаки суицидального риска у молодых людей.

В настоящее время остается открытым вопрос о процессе формирования и развития суицидальной тенденции. Чрезвычайно важным для профилактики является определение предпосылок и мотивационных механизмов суицидального поведения на основе личностных и средовых характеристик. Не менее важное значение имеет выявление критериев дифференциальной диагностики нарастания угрозы суицидального риска у молодых людей подростково-юношеского возраста. Выявление социально-психологических детерминант, особенностей и признаков суицидоопасных состояний личности определяет необходимый уровень профессиональной помощи и является мерой конкретизации превентивных мер.

Роль макросоциальных и личностных факторов в картине суицидального поведения характеризуется как психическая predisposition к формированию состояния дезадаптации, суицидоопасным переживаниям и действиям по определенным поведенческим моделям. Само по себе их наличие не может стать причиной формирования суицидального мотива. Суицидальный *мотив* формируется на основе личностного выбора в экстремальной для конкретной личности ситуации. Поскольку суицидальная тенденция имеет свое начало, развитие и завершение, ключевыми следует считать факторы, провоцирующие и стимулирующие суицидальную тенденцию как процесс, развивающийся в пространстве и времени. К ним относятся *ситуационные* (событийные) факторы: *социально-психологическая дезадаптация* (как развивающееся специфическое психическое состояние), *конфликт* и *личностный кризис*.

С социально-психологической точки зрения суицидальное поведение молодых людей, по утверждению ряда авторов, в большинстве случаев имеет общую основу – психическую реакцию, связанную с защитой или сохранением позитивного образа «Я» (Я-концепции) в условиях переживаемого личностного кризиса. К. Роджерс определял защиту как психическую реакцию, целью которой является сохранение целостности образа «Я». Я-концепция включает не только восприятие индивидом того, каков он есть, но также и то, каким, как он полагает, он должен быть, т. е. Я-идеальное. Несоответствие между осознанным «Я» и Я-идеальным свидетельствует о плохой психологической адаптации. Чем больше это несоответствие, как считал К. Роджерс, тем выше степень тревожности, психической нестабильности, социальной незрелости и эмоциональных расстройств. Анализ предсмертных записок суицидентов и результаты бесед с пытавшимися покончить с собой свидетельствуют о наличии подобного несоответствия в характере суицидентов. Осознание этого несоответствия в значимой для личности ситуации несет в себе опасность дезорганизации всей психической деятельности личности, формирования состояния дезадаптации.

Концепция К. Роджерса, характеризуя динамику взаимодействия базовых личностных структур в процессе жизни и деятельности человека, позволяет раскрыть социально-психологическую сущность суицидального поведения как парадоксальную форму защиты, сохранения целостности «Я» в состоянии личностного кризиса.

Кризисы характеризуются специфичностью адапционных процессов. Возможность более глубоко понять процесс формирования суицидальной тенденции как реакции защиты личностью своего образа «Я» дает концептуальная модель *социально-психологической адаптации человека к кризисным событиям жизненного пути*, разработанная Пергаменщиком Л. А. (1999 г.), и предлагаемое нами ее логическое продолжение в виде частного варианта выхода из кризисного состояния через суицидальное поведение.

Согласно этой модели «адаптация – дезадаптация» является важнейшим условием развития личности (личностного роста). Процесс развития личности проходит в постоянном взаимодействии с окружающей действительностью, главным образом социальной. Это процесс *активной* адаптации. Адаптации не как приспособления, а как реализации важнейшей личностной потребности – потребности в самоактуализации. Процесс *социально-психологической адаптации* динамичен и всегда находится в развитии. Участвующие в нем основные психологические структуры личности (когнитивная, эмоциональная и поведенческая) взаимно компенсируют возможные нарушения каждой из них, обеспечивая стабильность процесса адаптации к новым условиям и, тем самым, целостное развитие личности. Ключевыми моментами в развитии личности являются события на жизненном пути индивида, где индивид, переживая ощущение самоидентичности (идентичности) в процессе взаимодействия с окружающей средой, закрепляет в сознании выбранную модель поведения, если она не противоречит его Я-концепции (рисунок 1).

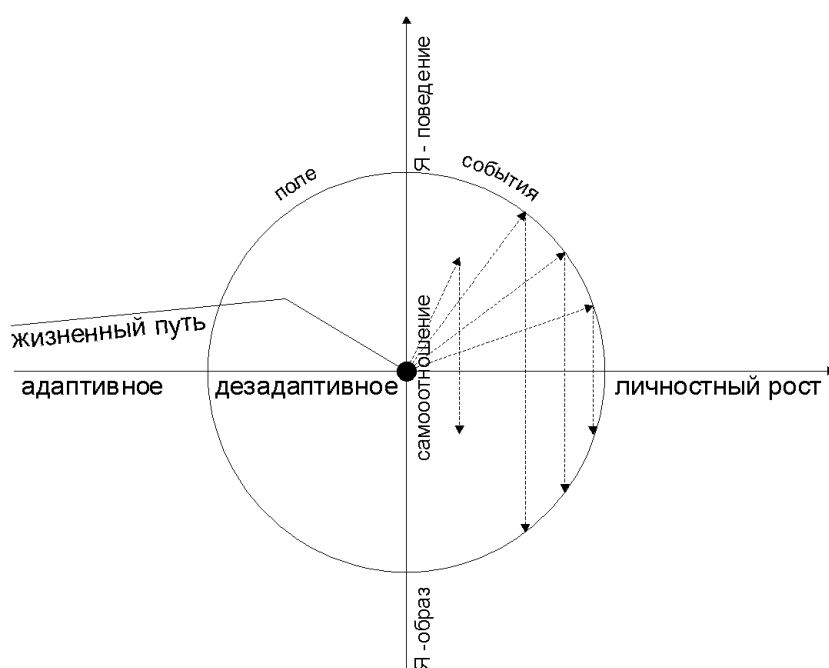


Рисунок 1. – Социально-психологическая адаптация человека к кризисным событиям жизненного пути

Модель процесса адаптации к кризисным событиям представлена двумя векторами. Один отражает функциональную структуру Я-концепции: Я-образ – самоотношение – Я-поведение. Другой характеризует динамику состояний личности для каждой конкретной ситуации жизненного пути: адаптивное – дезадаптивное – личностный рост.

Значимое событие на жизненном пути, когда личность испытывает затруднения в выборе поведенческой модели, адекватной ее Я-концепции, либо когда событие представляет угрозу самоактуализации, вызывает фиксацию дезадаптивного состояния. Оно свидетельствует, прежде всего, о нарушении механизмов взаимодействия между личностью и ее социальным окружением.

Для понимания «причинности» суицидального поведения представляется значимым определить место и роль конфликта в динамике развития суицидальной тенденции. Социально-психологическая дезадаптация личности всегда связана с каким-либо *конфликтом*. В преобладающем большинстве случаев суицидального поведения молодых людей конфликтные отношения в сфере взаимодействия личности с социальным окружением провоцируют состояние дезадаптации, в котором новый конфликт либо продолжающиеся конфликты становятся «последней каплей» в формировании суицидального намерения. Таким образом, в суицидальном поведении конфликт в сфере значимых для личности социальных взаимодействий может выполнять роль как причинного, так и провоцирующего характера.

Если молодой человек оценивает конфликтную ситуацию как ущербную для себя и при этом не обнаруживает в себе возможностей ее преодолеть, то на смену адаптивному состоянию приходит дезадаптивное. Конфликт может быть первоначально локализован в одной из жизненных сфер личности, но в дальнейшем может распространиться и на другие сферы, вследствие вторичных конфликтов и ослабления (истощения) адаптационных возможностей.

Социально-психологическая дезадаптация может возникать вследствие как изменений в социальном окружении, так и необходимости изменений в самой личности (потребностей, ценностных ориентаций) и проявиться в несовпадении экспектаций (социальных ожиданий) индивида, его притязаний и реальных условий существования (отношения к нему окружающих), что расценивается личностью как угроза его образу «Я». *Социально-психологическая дезадаптация* характеризуется низким социальным интересом, отсутствием прочных, стабильных и продуктивных отношений в социальных группах, неадекватностью поведения принятым социальным ролям, неумением соотносить личностные особенности с

требованиями социальной среды, снижением возможностей необходимого прогнозирования результатов своих поступков, неадекватностью эмоциональных реакций, неудовлетворенностью собой и позицией, занимаемой в социальной структуре, осознанием неполноценности жизни.

Социально-психологическая дезадаптация также может быть различных степеней тяжести – от легких форм, характеризующихся как психологический дискомфорт, до более тяжелых, при которых личность переживает интенсивные внутренние конфликты. Тогда в сознании личности актуализируются негативные переживания собственной несостоятельности, неприятия «Я». Особенно это характерно для личности с ограниченными адаптационными возможностями. Личность «удерживается» в поле события его значимостью, потребностью в самоактуализации и неспособностью переструктурировать собственную Я-концепцию. Такое состояние характеризуется как кризисное.

В кризисном состоянии особую актуальность приобретает *самоотношение*. Самоотношение рассматривается в психологии как представление личности о смысле собственного «Я», как процесс специфического проявления отношения личности к собственному «Я». Самоотношение в значительной мере определяется переживанием собственной ценности, выражающимся в достаточно широком диапазоне чувств: от самоуважения до самоуничужения. Самоотношение как процесс характеризуется также поиском возможностей *поддержания самоуважения*. Оно обладает защитными свойствами. Человек может защищать свое «Я» от отрицательных эмоций и некоторое время поддерживать самоуважение на относительно постоянном уровне. Одним из средств такой защиты может быть даже отрицательная самооценка, рассчитанная на возникновение у окружающих реакций сочувствия. Самоотношение человека влияет на его поведение в конфликтах, прежде всего в состоянии внутриличностного конфликта.

В условиях социально-психологической дезадаптации и активного процесса самоотношения психическая активность у отдельных индивидов приобретает выраженный эгоцентрический характер. Кажущаяся враждебность окружающей, главным образом социальной, среды вызывает дезорганизацию системы взаимодействий с ней. Дезорганизация социальных связей на фоне социально-психологической дезадаптации ведет к одному из самых болезненных переживаний – одиночества и отверженности. В этих условиях формируется тенденция к сохранению позитивного образа «Я» от саморазрушения.

Личность – понятие динамическое. Как отдельные ее проявления, так и личность в целом или претерпевает поступательное развитие, или происходит ее деградация, саморазрушение. С точки зрения деструктивного воздействия на личность затянувшийся процесс преодоления негативного воздействия значимой жизненной ситуации (события) характеризуется формированием устойчивого состояния социально-психологической

дезадаптации и кризиса. Затянувшийся кризис, характеризующийся «консервацией» неадекватных жизненной ситуации взглядов, ценностей, оценок, действий, становится разрушительным. Крайними формами выхода из него при сохранении эгоцентрического уровня реагирования являются психические расстройства и суицид. Таким образом, суицид – одна из деструктивных форм Я-поведения, ориентированная не на личностное развитие, а на защиту имеемого образа «Я». По меткому выражению С. Леца: «Инстинкт самосохранения иногда является импульсом к самоубийству».

Модель *суицидального варианта выхода из кризиса* наглядно иллюстрирует динамику формирования суицидальной тенденции в состоянии социально-психологической дезадаптации и личностного кризиса. В анализе *динамических характеристик развития суицидальной тенденции* социально-психологическая дезадаптация рассматривается уже не как процесс, сопровождающий каждый момент личностного развития, а как *зафиксированное состояние*, затрагивающее все сферы психической активности и блокирующей процесс развития в значимых для личности сферах деятельности, т. е. там, где личность в данный момент жизни самореализуется или испытывает доминирующую потребность в этом.

Значимость ситуации связана с ее влиянием на реализацию жизненных целей, установок и ценностей, а равно, на самореализацию личности. В случаях, когда личность не может найти адекватных способов ее разрешения, формируется внутриличностный конфликт. Ситуация для личности приобретает значение экстремальной, кризисной. Сама личность переживает целую гамму негативно окрашенных эмоциональных состояний – чувство беспомощности, ущербности, вины, отчаяния, непереносимой тоски, личностной катастрофы. Переживания, обусловленные субъективной переоценкой тяжести конфликтной ситуации, становятся доминирующими в сознании, сопровождаются ригидным эмоциональным напряжением, что ограничивает полноту восприятия окружающей действительности, затрудняет ее критическую оценку и поиск адекватных путей разрешения конфликта. Наличие эмоционально окрашенных доминантных переживаний блокирует актуализацию в сознании известных в обычных условиях вариантов выхода из трудной ситуации.

Суицидоопасную форму социально-психологическая дезадаптация приобретает после осознания молодым человеком невозможности имеющимися в его репертуаре способами выйти из стрессогенной ситуации (конфликта) или ее (его) разрешить, сохраняя позитивный образ «Я» и жизненную перспективу, определяемую Я-концепцией. В этом случае состояние социально-психологической дезадаптации связано не с дезорганизацией отдельных, обеспечивающих процесс адаптации, систем, а с функциональным нарушением всего процесса в целом.

Как любое психическое состояние суицидоопасная форма социально-психологической дезадаптации также имеет свою динамику. Процесс формирования в этом состоянии суицидальной тенденции и ее реализации в

суицидальном поведении имеет индивидуальный характер, но в преобладающем большинстве случаев проходит две фазы: *предиспозиционную* и *суицидальную* (пресуицид), – характеризующихся нарастанием степени риска суицидального поведения и обладающих различной степенью выраженности его внутренних и внешних признаков.

Предиспозиционная фаза является психологической предпосылкой суицида. Она отличается исключительной эмоциональной напряженностью. Характерной особенностью предиспозиционной фазы развития суицидальной тенденции является потребность в установлении эмпатических контактов, в сопереживании и эмоциональной поддержке. На этой стадии молодые люди испытывают острую необходимость в помощи других людей. Так, 94 % молодых людей с выявленным нами средним и выше среднего суицидальным риском отметили, что остро нуждаются в окружающих людях, но при этом, они не всегда могут полагаться на помощь окружающих в решении возникающих жизненных проблем. Источником неприятных переживаний для большинства молодых людей данной группы являются переживания о будущем и взаимоотношения со сверстниками (Н. П. Блаженкова, 2012 г.). При невозможности или недостаточной способности молодого человека к установлению глубокого интимного контакта в кругу близких людей происходит прогрессирующее углубление дезадаптации. При этом возникает одно из самых болезненных и часто наблюдаемых переживаний у суицидентов – переживание одиночества, отверженности и изоляции. Обязательное общение не только не уменьшает чувство одиночества, а обостряет его.

На этой стадии развития суицидальной тенденции у молодого человека возникает чувство, что его жизнь не имеет будущего, что в ней есть только прошлое. Жизнь воспринимается только ретроспективно (тенденция к адаптивному Я-образу, рис. 1). Он пытается найти утешение в воспоминаниях о приятных моментах из его прошлой жизни, но эти воспоминания, как правило, только отягощают восприятие настоящего, усиливая контраст между прошлым и будущим. Появляется ощущение внутренней пустоты и бессмысленности существования. Отсутствие целей, потеря смысла жизни является центральным звеном в суицидальном поведении.

Предиспозиционная фаза развития суицидальной тенденции характеризуется также очень высокой и порой хаотичной поисковой активностью человека по разрешению конфликта, главным образом, внутриличностного. Поисковая активность может осуществляться как в поведенческой сфере, так и в сугубо когнитивной (интеллектуальной), что, порой, делает ее скрытой от окружающих людей. Стратегия поиска определяется как личностными особенностями молодого человека, его жизненным опытом, переживаемым эмоциональным состоянием, осознанием значимости ситуации, так и известными ему способами выхода из подобных ситуаций (например, преодоление либо уход).

Значимость ситуации и стремление соответствовать имеющемуся образу «Я» определяют напряженность потребности выхода из нее, что вызывает реструктуризацию мотивационной сферы, а соответственно дезорганизацию деятельности. Это существенно ослабляет адаптационные возможности личности. По мере того, как исчерпываются варианты изменения ситуации, крепнет мысль о ее неразрешимости. Молодой человек при этом остро ощущает невыносимость своего существования. Уже на этом этапе личность нуждается в поддержке и помощи извне.

Неудачи, связанные с выходом из стрессогенной ситуации, углубляют состояние дезадаптации и личностного кризиса, снижают психическую активность индивида вследствие психического истощения. В таком состоянии личность характеризуется ранимостью и восприимчивостью даже к незначительным негативным воздействиям внешней среды. Это состояние усугубляется социальной депривацией, переживанием собственной неспособности компенсировать психический дискомфорт без ущерба своему «Я» и одиночества перед лицом сложившихся жизненных обстоятельств. Эмоциональная сфера характеризуется проявлением аффективных состояний астенического типа, депрессией. В конечном итоге в сознании формируется убежденность в неразрешимости ситуации. В этот период в связи с блокадой реализации жизненных целей и личностно опосредованными нежеланием либо невозможностью их пересмотра личность может подвергнуться переосмыслению свое понимание смысла жизни с последующими безразличием и утратой интереса к жизни и желанием из нее уйти.

А. Г. Амбрумова утверждала: «Основная роль в принятии суицидального решения принадлежит... субъективным факторам дезадаптации личности, так как совершенно очевидно, что как бы ни была тяжела и сложна жизненная ситуация, разрешение ее посредством самоубийства не является достаточно неизбежным». Субъективные факторы дезадаптации, являющиеся психологическими основаниями для принятия суицидального решения, включают в себя несоответствие уровня притязаний личности реальному положению, негативную интерпретацию субъектом изменившихся условий жизни (утрата эмоционально значимых связей, неприятие социального окружения и т.д.), оценку их как жизненное банкротство, личностную катастрофу либо как кульминационный момент в развитии межличностного конфликта, где лишение себя жизни оценивается как единственный способ его разрешения. «Самоубийство, – по мнению В. Л. Леви и др., – это последний из доступных индивиду способов ликвидации разлада со средой и с самим собой».

Возникновение желания уйти из жизни и обдумывание способа ухода знаменует собой начало *суицидальной* фазы социально-психологической дезадаптации (пресуицида). Переход дезадаптации в суицидальную форму осуществляется при следующих условиях: во-первых, ограничение или отсутствие известных субъекту вариантов разрешения конфликтной ситуации, и, во-вторых, известные варианты субъективно оцениваются как

неэффективные или неприемлемые. Состояние фрустрации, ситуация, связанная с неразрешенным для личности конфликтом, для большинства суицидентов является одним из основных моментов оформления суицидального намерения, появления суицидальной готовности, принятия суицидального решения и его реализации. Но решающим моментом перехода с predispositional на суицидальную фазу, как правило, является вторичный(е) конфликт(ы).

Конфликтные ситуации, в которых могут появиться суицидальные переживания, имеют широкий диапазон – от обыденных и банальных до глубоко трагичных. Покушению на свою жизнь также могут предшествовать события разной степени серьезности с точки зрения объективной сложности их разрешения. Сама по себе ситуация не может иметь суицидоопасного характера. Ее суицидогенность определяется готовностью личности воспринять и расценить ее как таковую. Подобная готовность зависит от динамики личностных установок, влияния системы личностных ценностей и моделей реагирования на момент сложившейся ситуации, которые под влиянием предшествующих дезадаптационных процессов оказываются трансформированными (фиксация на стрессогенной ситуации, «актуальная система ценностей», дезориентация в адекватном реагировании). Суицидогенный характер ситуации (как правило, конфликтной) определяется ее значимостью для личности и возможностями в ее разрешении.

Развитие суицидальной тенденции характеризуется *внутренним* и *внешним* проявлениями пресуицида, которые в единстве образуют относительно устойчивую, целостную и своеобразную структуру, отражающую индивидуальность суицидента, характер конфликтной ситуации и процесс нарастания риска суицидального поведения. К *внутренним* проявлениям пресуицида относятся: мысли, фантазии, представления, переживания, суицидальные замыслы, намерения и планы. Внутренние проявления представляют собой континуум переживаний, которые, достигая уровня решения и плана, приводят к реализации суицидального поведения. Градация этих переживаний выглядит следующим образом:

1. **пассивные суицидальные мысли** (возникновение представлений, фантазий на тему своей смерти, но не на тему окончательного ухода из жизни);

2. **суицидальные замыслы** (суицидальные желания, обдумывание способов, времени и места самоубийства, взвешивание «за» и «против» пока еще с учетом антисуицидальных факторов или размытые планы самоубийства);

3. **суицидальные намерения** (принятие решения, разработка плана реализации суицида).

Анализ публикаций по суицидальной проблематике, материалов по фактам суицидального поведения молодых людей позволил определить перечень характерных *внешних* проявлений пресуицида (или тех самых

ситуационных факторов, которые являются *наиболее информативными* в определении высокого суицидального риска). О высоком риске суицидального поведения свидетельствуют следующие факторы: *резкое изменение стереотипа поведения; суицидальные угрозы и высказывания (могут быть прямыми либо завуалированными, например: «я не хочу умирать, я хочу не быть», «очень хочется жить на необитаемом острове» и т.п.); раздача подарков окружающим (символическое прощание); настойчивые жалобы на здоровье; длительно сохраняющееся состояние подавленности, апатии, отягощенное алкоголизацией (наркоманизацией); острое переживание утраты (смерти) родных и близких людей; признаки депрессивного состояния, характеризующееся тяжелыми, мучительными переживаниями тревоги, тоски, отчаяния; высокая утомляемость; уход в себя, замкнутость, стремление к уединению вплоть до полной изоляции; капризность, привередливость; частые и резкие колебания настроения; разговоры о суициде как о легкой смерти; повышенный интерес к теме смерти; пренебрежительное отношение к своему внешнему виду; утрата интереса к окружающему; дезориентация в выборе адекватных форм поведения; дезорганизация социальных связей на уровне межличностных отношений; отсутствие планов на будущее; активная предварительная подготовка (собираание отравляющих веществ и лекарств, рисунки на тему смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы); вегетативные расстройства. Этот риск многократно усиливается, если в недалеком прошлом у человека имели место попытки суицида, переживание потери (смерти) родных и близких людей, недавний любовный конфликт.*

Роль, место и значение социально-психологической дезадаптации, личностного кризиса и конфликта в динамике формирования суицидальной мотивации можно проиллюстрировать на примере суицидальной попытки курсанта К.

Курсант К. поступил в Военную академию Республики Беларусь по собственному желанию (поступал дважды). Родители активно поддерживали его желание. До поступления воспитывался в семье с выраженной гиперопекой. После первой неудачной попытки поступления в академию нигде не работал, однако принимал активное участие в постановке спектаклей городского самодеятельного театра-студии. Театральная атмосфера ему очень нравилась, сам играл в спектаклях. Круг общения со сверстниками был ограничен тремя друзьями из театра-студии. Себя они считали элитой молодежи, т. к. в отличие от других главное значение придавали духовным потребностям, а главным в жизни считали духовную раскрепощенность и свободу. Стремление к «полной свободе» превратилось у К. в сверхценную идею, что явилось причиной участвовавших конфликтов с родителями, пытавшимися по-прежнему окружать К. своей опекой даже в мелочах. После поступления в академию воинская карьера его сразу разочаровала из-за, по его словам, «серости» и ограничений свободы проявления личности. Сокурсники из «интересных» ребят во время поступления превратились в «серые кубы» и «серую однообразную массу», когда стали курсантами. Угнетало все – распорядок дня, утренняя физзарядка, казарма, ограниченная территория, ежедневные занятия по физической подготовке, взаимоотношения с сокурсниками. Сами сокурсники начали раздражать. Плохое настроение стало постоянным. Начал сильно утомляться. Появились постоянные головные боли. Сильно переживал по

поводу своего состояния. Спустя некоторое время был отпущен на выходные дни домой, где встретился с друзьями. Тогда же К. заявил родителям, что хочет оставить обучение в академии. Произошел конфликт с родителями, которые заявили, что из-за преклонного возраста не в силах иначе «вывести его в люди» и что подобное решение может нанести им сильную душевную травму и подорвать их здоровье. В академию К. возвращался в подавленном состоянии. Спустя два дня после прибытия из отпуска у К. с утра наблюдалось необычайно приподнятое настроение: постоянно шутил, в перерывах между занятиями пел песни, на все имеющиеся деньги купил сокурсникам пирожные, заявив, что деньги ему не нужны. К вечеру почувствовал сильное утомление и желание спать, но долго не мог уснуть. Смутно помнит, как около 5 часов утра зашел в туалет и начал лезвием делать надрезы на предплечье. Цели умереть, по утверждению курсанта К., у него не было.

Процесс социально-психологической дезадаптации у курсанта К. прогрессировал около двух месяцев. Конфликт в начале развития дезадаптационных процессов не имел внешних проявлений. У К. он выражался в полном неприятии условий, в которых он оказался, и социального окружения, от которого он себя отделил. Этим он сознательно блокировал личностные адаптационные возможности. Ограничив решение своей проблемы единственным выходом – оставить обучение в академии, – К. создал условия для последующей конфликтной ситуации. Конфликтная ситуация с родителями нанесла ему существенную психическую травму. На фоне ослабленных адаптационных возможностей произошло столкновение двух противоположных мотивов – оставить обучение в академии или не травмировать значимых, близких людей. Конфликт стал внутрличностным, т. к. реализация одного мотива для него исключала реализацию другого. Суицидальные действия, со слов К., принесли ему некоторое облегчение (продолжать обучение в академии по медицинским противопоказаниям он уже не мог).

Последовательность и этапность в развитии суицидальной тенденции в каждом отдельно взятом случае имеет свои временные характеристики. Состояние пресуицида в зависимости от временной продолжительности может быть острым (развивающимся в течение нескольких минут) или пролонгированным (длящемся несколько месяцев и более).

В случаях острого переживания неразрешенного конфликта на фоне сильного аффективного напряжения у молодых людей могут формироваться суицидальные *ситуативные психические реакции*, в которых находят свое окончательное оформление суицидальные действия. Ведущие суицидологи отмечают, что ситуативные психические реакции являются специфическим ответом на ситуационную нагрузку с характерным эмоционально окрашенным состоянием и соответствующим ему поведением. Во всех непатологических ситуативных реакциях их суицидальность определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования будущего. При ситуативных реакциях привычные адаптационные стереотипы поведения не актуализируются, т. к. действия молодого человека в момент совершения попытки самоубийства осуществляются при значительно сниженном уровне контроля и самоконтроля и всецело обусловлены сильным аффектом. При

этом используются часто малоэффективные средства, оказавшиеся под рукой.

А. Е. Личко, обследовав подростков и юношей, совершивших суицидальную попытку, обнаружил, что примерно у половины из них суицидальные действия совершались на фоне острой аффективной реакции, которая развивалась по механизму «короткого замыкания», когда порой малозначительный повод играет роль «последней капли» и провоцирует суицидальное действие. Сами суицидальные действия молодых людей в момент суицидальной попытки нередко внешне выглядели демонстративными. Суицидальные акты, совершаемые *импульсивно*, менее прогнозируемы, вследствие сокращения периода внутренней подготовки до нескольких минут или даже секунд. Они реже заканчиваются летально, но последствия могут быть тяжелыми из-за высокой аффективной насыщенности и недоучета обстоятельств пострадавшими.

Подобные суициды связаны с острыми аффективными реакциями астенического типа, отличающимися кратковременностью и интенсивностью эмоций. Как правило, такие реакции возникают на основе конфликта между необходимостью примириться с неожиданным крушением надежд, планов и невозможностью достичь желаемого. Для них характерны чрезвычайная сила проявления, своеобразие восприятия и осмысления окружающего, нередко с элементами дезорганизации поведения, и сужением сознания. В формировании суицидального намерения и его реализации при аффективных реакциях большую роль играют личностные особенности (акцентуации характера, импульсивность, установки, ценностные ориентации и т. д.).

В отличие от аффективных иные суицидальные реакции также нельзя относить к исключительно обдуманым и рациональным. В них также превалирует аффективный компонент. В основе таких реакций менее интенсивные, но продолжительные аффективные переживания в условиях неблагоприятно сложившихся жизненных обстоятельств, имеющие свойство аккумулироваться, снижая при этом адаптационные возможности личности. В. В. Нечипоренко отмечал, что пресуицид часто сопровождается явлениями психогенной деперсонализации и нарушениями ориентировки в конкретной ситуации. В этих случаях дополнительная травматизация может стать поводом реализации суицидальных действий.

Таким образом, суицидальное поведение молодых людей подростково-юношеского возраста обусловлено сложноопосредованным взаимодействием трех групп факторов:

- **макросоциальные факторы**, которые отражают степень и особенности интегрированности индивида в социальную среду и систему социальных отношений;

- **микросоциальные факторы**, которые характеризуют конфликтные взаимодействия личности с непосредственным социальным окружением и играют роль стимулирующего социально-психологического механизма формирования, развития и реализации суицидальной тенденции;

- **личностные факторы** (предиспонирующие и ситуационные), которые опосредуют ограниченность адаптационных возможностей индивида и характерные особенности кризисного реагирования в ситуациях, угрожающих его образу «Я».

В личности суицидента они интегрируются в особое функциональное состояние социально-психологической дезадаптации, характеризующееся как прогрессирующий процесс.

Несмотря на относительную определенность в системе наиболее значимых макросоциальных, микросоциальных и личностных факторов риска суицидального поведения, они в своей статической совокупности раскрывают только некоторую вероятность суицидального поведения в гипотетической ситуации. Прогнозировать риск суицидального поведения возможно при наличии признаков социально-психологической дезадаптации и личностного кризиса, являющихся основными психологическими детерминантами суицидального поведения.

Риск суицидального поведения формируется в экстремальной для личности ситуации в рамках следующей динамической модели: *личностная предрасположенность* (лица с низкими адаптационными возможностями, со склонностью к глубоким аффективным переживаниями суицидоопасным формам дезадаптации) и *конфликт в системе значимых отношений – социально-психологическая дезадаптация в условиях конфликта и личностный кризис – вторичный конфликт и пресуицид у дезадаптированной личности. В соответствии с динамической моделью риск суицидального поведения по степени выраженности имеет свою градацию: признаки кризиса и состояния социально-психологической дезадаптации у личности с низкими адаптационными возможностями – конфликт в системе значимых отношений и фрустрация актуальных потребностей в состоянии социально-психологической дезадаптации и личностного кризиса – прямые или косвенные признаки возникновения суицидального намерения.* Данная модель и соответствующая ей градация суицидального риска последовательно отражает все социально-психологические составляющие процесса формирования и развития суицидальной тенденции, нарастания риска суицидального поведения, способствует более глубокому пониманию его динамики и организации диагностико-коррекционной деятельности, обеспечивают гибкость реагирования должностных лиц без жесткой привязки к планам и схемам профилактических мероприятий.

Выводы, полученные в результате наших исследований, свидетельствуют о том, что в объяснении и профилактике суицидального поведения молодых людей среди многочисленных подходов центральную позицию занимает социально-психологический аспект. Социально-психологическая проблематика диагностики суицидального риска и профилактики суицидоопасных состояний представлена следующими ключевыми проблемами: личностные особенности, детерминирующие

предрасположенность к суицидоопасным суицидоопасным формам социально-психологической дезадаптации; суицидальный риск и динамическая характеристика факторов, его детерминирующих; суицидогенные конфликты; поведение в кризисной ситуации; динамика развития суицидальных тенденций.

ГЛАВА III. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ

Работа по предотвращению самоубийств среди подростков и юношей является очень важной задачей, которой следует уделять особое внимание в деятельности учреждений образования. В исследованиях ведущих суицидологов факт суицидального поведения молодых людей трактуется как своеобразный призыв к окружающим, «крик о помощи». Необходимость недопущения суицидальных поступков у молодых людей вытекает, прежде всего, из абсолютной ценности человеческой жизни, трагической бессмысленности гибели в жизненных ситуациях, которые имеют временный и обратимый характер, при наличии множества вариантов их разрешения, реальной жизненной перспективы и, главное, людей, способных оказать помощь. А потребность суицидента в живом человеческом участии и готовность принять предлагаемую ему помощь служат необходимым основанием для организации активной профилактики суицидоопасных психических состояний у молодых людей.

Суицидальные действия в этом возрасте, как правило, не глубоко продуманный шаг, а ситуативная аффективная реакция незрелой личности. В. М. Бехтерев отмечал, что потребность в самоуничтожении у подавляющего большинства молодых людей является лишь временной, что процессы, формирующие суицидальное намерение, на каждой стадии его развития обратимы. А И. А. Сикорский подчеркивал, что суицидальная тенденция особенно обратима на ранних этапах ее формирования.

Сегодня назрела объективная необходимость изменить отношение к суициденту, развеять страхи и непонимание, окружающие самоубийство, повысить уровень компетенций специалистов системы образования по недопущению самоубийств и, в целом, психических расстройств среди учащейся молодежи. В настоящее время во многих странах мира усилия, предпринимаемые различными социальными институтами по профилактике суицидального поведения среди населения, сосредоточены на детях и подростках, поскольку для того, чтобы решить любую социальную проблему, по понятным причинам, следует начинать ее решение с молодого поколения.

Задача профилактической работы не может быть сведена только к выявлению лиц с уже сформировавшимися суицидальными тенденциями с последующей их коррекцией. Акцент в профилактике необходимо делать на предотвращении самой возможности суицидальных переживаний, то есть недопущении суицидоопасного развития дезадаптационных процессов в условиях личностного кризиса, на своевременном выявлении и коррекции факторов, несущих потенциальную угрозу суицида, и изменении условий их порождающих. В данной работе крайне важное значение имеет ориентация на укрепление психического и морального здоровья молодых людей, их оптимистической заряженности, готовности к преодолению жизненных трудностей. Смещение акцента профилактических мер в социальную и

психологическую область имеет особое значение, так как факты свидетельствуют, что именно в них кроется основная часть причин, приводящих молодых людей к личностному кризису и самоубийству.

Таким образом, работа по профилактике суицидального поведения должна представлять собой систему, адекватную динамике суицидоопасного развития состояний социально-психологической дезадаптации и личностного кризиса, диагностических и коррекционных мероприятий превентивного характера, в которой учитываются: личностные особенности; характер и глубина переживаний; характер социальных взаимодействий молодого человека в актуальной ситуации.

3.1. Состояние суицидальной активности и ее профилактика среди учащейся молодежи в Республике Беларусь.

Тенденция к увеличению числа самоубийств и к резкому их «омоложению» отмечается во всем мире. Суицид входит в пятерку наиболее распространенных причин смерти юношей и девушек. За последнее десятилетие число самоубийств среди молодежи выросло в 3 раза. Во многих странах они выходят на 1 – 3 места в качестве причины смерти лиц этого возраста. В Европе в возрастном диапазоне от 15 до 35 лет самоубийство занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. Число завершенных суицидов среди юношей в среднем в 3 раза больше, чем среди девушек. С другой стороны, девушки пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем юноши, но выбирают «щадящие» способы, которые реже приводят к смерти. Повторные попытки суицида подростки и юноши совершают гораздо чаще взрослых. По мнению специалистов большинство статистических данных о суицидальных попытках (парасуицидах) получено из отчетности больниц, и они составляют лишь одну треть от реального числа суицидальных попыток.

Распространенность суицидального поведения в молодежной среде представляет серьезную социальную угрозу во многих странах мира. Согласно зарубежным исследованиям, ежегодно каждый двенадцатый подросток в возрасте 15-19 лет пытается совершить попытку самоубийства. В обследованной нами выборке студентов (не парасуицидентов) на вопрос: «Пытались ли Вы когда-нибудь решать жизненные проблемы путем покушения на собственную жизнь?», – более 7% (!!!) опрошенных ответили утвердительно (Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков, Н. П. Блаженкова, 2010 г.).

Частота суицидального поведения среди подростков и юношей, по-видимому, еще недооценивается, так как множество смертей молодых людей классифицируются как непреднамеренные или случайные. В некоторых случаях невозможно установить, являлась ли смерть, например, в результате дорожно-транспортного происшествия, утопления, отравления, падения с высоты или передозировки наркотических веществ, случайной или

преднамеренной.

Статистические данные показывают лидирующее положение России, Казахстана и Беларуси среди стран СНГ по уровню завершенных суицидов. Таким образом, суицидологическая обстановка в Республике Беларусь и ряде других стран постсоветского пространства складывается пока неблагоприятно, и по общемировым стандартам эти страны входят в число государств с неблагоприятной суицидологической ситуацией.

С 2004 по 2008 годы в Республике Беларусь число совершенных суицидов оставалось практически на одном уровне, причем большинство из них совершалось в состоянии алкогольного и наркотического опьянения. За этот период больше всего осуществляли самоубийство лица в возрасте от 30 лет и старше. В возрасте с 18 до 30 лет было совершено около 200 суицидов, причем значительное число из них – учащимися и студентами. Принимаемые различными социальными институтами меры позволили остановить распространение этого явления. В Беларуси на протяжении четырех лет реализовывался «Комплексный план профилактики суицидального поведения на 2009-2012 годы Министерства здравоохранения Республики Беларусь». В 2009 году наметилась тенденция к снижению количества суицидов и суицидальных попыток в стране, в том числе и среди несовершеннолетних.

Смягчение суицидальной ситуации продолжилось и в последующем. Так, в 2011 году в сравнении с 2010 годом число самоубийств в целом по стране уменьшилось на 12,3% и составило 22,8 случая на 100 тысяч населения. За этот период число самоубийств в возрасте моложе трудоспособного (до 16 лет) сократилось с 16 до 13 случаев (на 18,8 %), в трудоспособном возрасте – на 15% (с 1923 до 1634), в возрасте старше трудоспособного – на 2,4% (с 536 до 523).

Общее число суицидов в популяции несовершеннолетних (до 18 лет) за 2012 г. составило 26 случаев (1,5 на 100000 несовершеннолетних), что на 16% ниже по сравнению с 2011 г. (31 случай; 1,78 на 100000 несовершеннолетних), на 47% – по сравнению с 2010 г. (50 случаев; 2,84 на 100000 несовершеннолетних) и на 36% – по сравнению с 2009 г. (46 случаев; 2,36 на 100000 несовершеннолетних). С 2009 по 2011 годы наиболее суицидоопасным был возрастной диапазон с 15 до 16 лет. В 2012 году пик суицидальной активности сместился на возраст 17-18 лет. 13 из 26 несовершеннолетних суицидентов (50%) совершили суицид именно в этом возрастном интервале. На возраст с 15 до 16 лет приходится 36% (9 случаев из 26) всех завершенных суицидов, с 10 до 14 лет – 14% (4 случая из 26). В популяции несовершеннолетних мальчики совершают суицид в 2,1 раза чаще, чем девочки, что соответствует соотношению совершаемых суицидов между мужчинами и женщинами в старших возрастных группах. За период 2009 – 2012 г. г. большинство совершивших суицид несовершеннолетних (более 85%) не обращались за помощью к специалистам службы охраны

психического здоровья детей и подростков и не состояли на учете у психиатра по поводу какого-либо психического расстройства.

За последние четыре года в Республике Беларусь наметилась стабильная положительная динамика по снижению показателей незавешенных суицидов в популяции несовершеннолетних (до 18 лет). Общее число зарегистрированных парасуицидов за 2012 год составило 331 случай (19,1 на 100000 несовершеннолетних), что на 10% ниже по сравнению с 2011 годом (369 случаев, 21,2 на 100000 несовершеннолетних), на 14,7% ниже по сравнению с 2010 годом (394 случая; 22,4 на 100000 несовершеннолетних) и на 19,7% - по сравнению с 2009 г. (425 случаев; 23,8 на 100000 несовершеннолетних). Наиболее опасным в отношении совершения суицидальной попытки остается возраст с 14 до 17 лет. В среднем, около 80% случаев совершенных парасуицидов произошло именно в этой возрастной группе.

Что можно отнести к основным факторам, способствующим попыткам суицида у молодежи? Анализ причин парасуицидального поведения несовершеннолетних белорусов показал, что на первом месте стоят неблагоприятные отношения в семье и конфликтные отношения с родственниками. В 2012 году они составили 51,6% (171 случай из 331). Вторым по значимости причинным фактором парасуицидального поведения является конфликт со сверстниками (21,5%, 71 случай из 331). Около 22% составили парасуициды с неустановленной причиной. Чаще всего в эту группу попадают парасуициденты с комплексом проблем: проблемы в семье, «несчастливая любовь», изоляция в кругу сверстников, страх перед будущим, одиночество и т.п. Что касается проблем в учебной деятельности, то в наших учебных заведениях, в отличие, например, от японских, где перед каждой экзаменационной сессией происходят десятки самоубийств учащихся, эти проблемы обычно не являются непосредственной причиной самоубийств, но приводят к понижению общей самооценки учащихся, появлению ощущения малозначимости своей личности, снижению стрессоустойчивости, повышению тревожности, депрессивным состояниям.

По данным Всемирной организации здравоохранения, основные причины суицидальных действий подростков и юношей (девушек) следует искать все-таки в семье. Несмотря на возрастающее сегодня общественное внимание к проблемам семьи, детско-родительским отношениям и просто к проблемам общения и взаимоотношений, современная ситуация в этом плане еще во многом далека от идеала. Профессиональные и другие проблемы родителей, отсутствие достаточного времени в силу различных социально-экономических причин зачастую приводят к формальному воспитанию детей, перекладыванию этой функции на школу или другие социальные институты. Наши исследования показали, что 95,1 % молодых людей, совершивших попытку суицида, нуждаются в своей жизни в близких людях и, в то же время, 87,8 % из них не стремятся поддерживать хорошие взаимоотношения со своими родителями и родственниками из-за отсутствия

близости и взаимопонимания (Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков, Н. П. Блаженкова, 2010 г.).

Взаимоотношения родителей с детьми-суицидентами зачастую не строятся на том фундаменте открытых, полностью искренних эмоционально-теплых отношений, которые являются надежной защитой от многих испытаний в жизни подрастающего поколения. Подросток, который намерен совершить самоубийство, находится в тяжелейшем кризисном состоянии, и попытки суицида не являются для него реакцией на единичное выводящее из душевного равновесия событие. Решение покончить с собой вызревает в контексте накапливающихся в течение продолжительного времени личных и/или семейных проблем. Самоубийству может предшествовать длительная история проблем и неурядиц подростка в детском возрасте. Лишь в 10% у подростков и юношей, совершающих суицидальные действия, имеется истинное желание покончить с собой, в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». Неслучайно 80% попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время, т.е. крик этот адресован прежде всего к ближним (А. Е. Личко, 1977 г.).

В настоящее время в Республике Беларусь формируется механизм по защите детей от ненадлежащих условий жизни и воспитания. Разработан порядок защиты прав и законных интересов детей, родители которых уклоняются от исполнения родительских обязанностей. Профилактическая работа с семьей включает в себя комплекс мер по одновременной реабилитации ребенка и родителей в целях сохранения семьи.

Меры, принятые после реализации Декрета Президента Республики Беларусь от 24 ноября 2006 г. № 18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях» помогли несколько уменьшить риск детей оказаться в неблагополучной ситуации. За время реализации Декрета с 2007 по 2010 г. г. 75 332 ребенка были признаны находящимися в социально опасном положении. С ними была организована целенаправленная межведомственная работа в рамках планов помощи каждому конкретному ребенку. В результате этого в связи с улучшением ситуации в семье в 2008 году снято с учета 17860 детей, в 2009 – 16613, в 2010 – 14571 ребенок. Возвращено в биологическую семью по решению комиссий по делам несовершеннолетних из детских социальных приютов и других учреждений в 2008 году – 2564, в 2009 – 2465, в 2010 – 2206 детей.

Тем не менее, в Республике Беларусь все еще велико число неблагополучных семей, в которых дети по сути дела оказываются «лишними», испытывают не только материальные, но и моральные лишения, остро переживают свою «ненужность». Несмотря на некоторые позитивные тенденции, ситуация во многих семьях остается неприемлемой, в том числе не исключая совершение детских и подростковых суицидов и суицидальных попыток. В частности, по состоянию на 1 января 2011г. 2360 детей из 1978 семей признаны нуждающимися в государственной защите, то

есть в этих семьях существовали причины и факторы, остро угрожающие здоровью и жизни детей.

К сожалению, в ряде случаев семейное неблагополучие не является единственной причиной, определяющей девиантное поведение ребенка. Личный криминальный или асоциальный опыт ребенка, деструктивная компания, зависимость от алкоголя, токсических веществ, расстройства личности приводят к отказу ребенка от позитивного влияния семьи и воспитательной среды школы, потере смысла жизни. Согласно суицидологическим исследованиям, в большинстве случаев попытки суицида можно предугадать и предотвратить, так как еще до совершения самоубийства подросток может привлечь к себе внимание или выразить свой протест через уход из дома, совершение асоциального поступка (воровство, хулиганство, употребление алкоголя). И здесь основная задача – оградить ребенка от негативного влияния асоциального окружения, употребления психоактивных веществ, показать актуальность и значимость общечеловеческих ценностей и общепринятых моделей поведения, научить получать удовольствие от социально-полезной деятельности. Поэтому чрезвычайно важно привлекать подростков с неустойчивой психикой, из семей, находящихся в социально опасном положении, неуверенных в себе к участию в работе различных детских и молодежных трудовых объединений, волонтерских отрядов, творческих кружков и студий, физкультурно-оздоровительных мероприятий.

Еще в начале XX века врачи, педагоги, социологи, юристы, изучавшие проблему распространения суицидального поведения среди населения, указывали на то, что профилактика суицидального поведения среди подростков и юношей должна начинаться с формирования у них крепких духовно-нравственных основ и психологической устойчивости. Так, один из исследователей суицидального поведения Ф. К. Тереховко отмечал, что профилактика самоубийств должна быть связана с ранним воспитанием «сильных и здоровых людей со здоровой волей и характером» (1903 г.). По мнению исследователя подростковых и юношеских суицидов В. А. Бернацкого, профилактика самоубийств среди молодых людей должна заключаться в борьбе с одиночеством, воспитании воли, характера, укреплении религиозности, борьбе с половой распущенностью (1911 г.).

В настоящее время большинство специалистов органов управления и учреждений образования считают, что важнейшим условием действенной профилактики кризисных и суицидоопасных состояний учащейся молодежи является системная деятельность по формированию оптимистически устремленной взрослеющей личности, обусловленная единством обучения и воспитания. В центре этой системы находятся реализуемые ныне Концепция и Программа непрерывного воспитания детей и учащейся молодежи в Республике Беларусь, имеющие творческий и системообразующий характер.

Исходя из положений Концепции и Программы, учебные заведения страны сосредотачивают свои усилия на следующих направлениях:

- сделать более привлекательным обучение особенно в общеобразовательной школе, поддерживать и развивать осознанный, непреходящий интерес обучающихся к процессу познания, стимулировать их творчество и самостоятельность в приобретении знаний;

- выявлять и развивать способности и склонности учащихся школ и студентов, создавать надлежащие условия для полноценной самореализации каждого;

- разнообразить формы внеучебной деятельности, позитивной занятости, увлекать ребят творчеством, трудовыми делами, спортом, волонтерством, участием в работе различных общественных организаций;

- укреплять партнерские отношения с семьей, способствовать утверждению в каждой семье здорового нравственно-психологического климата, нормальных детско-родительских отношений и многое другое.

В Кодексе Республики Беларусь об образовании, вступившем в силу с 1 сентября 2011 года, подчеркивается, что воспитание – это целенаправленный процесс формирования духовно-нравственной и эмоционально-ценностной сферы личности обучающегося. Воспитание основывается на общечеловеческих, гуманистических и жизнеутверждающих ценностях, культурных и духовных ценностях белорусского народа, государственной идеологии, отражает интересы личности, общества и государства. Чрезвычайно важным является и то, что основными составляющими воспитания, помимо гражданско-патриотического, нравственного, эстетического, профессионально-трудового и иных направлений названы развитие самопознания и саморегуляции личности, ее безопасной жизнедеятельности.

Исходя из данных требований и подходов общеобразовательная и профессиональная школа, выстраивая образовательный процесс совместно с семьей и другими институтами общества, стремится создавать надлежащие условия для социализации и саморазвития детей и молодежи. Высокая результативность такой интегративной социально-воспитательной деятельности как раз и является успешным социализирующим фактором формирования позитивной мировоззренческой и поведенческой культуры учащейся молодёжи, ее стрессоустойчивости.

В системе данной работы крайне важным представляется акцент на укрепление психического здоровья молодого поколения, его оптимистической заряженности, безболезненного преодоления жизненных трудностей. На это нацеливают Кодекс Республики Беларусь об образовании и руководящие документы Министерства образования Республики Беларусь, касающиеся мер по контролю за положением детей и учащейся молодежи, охране их жизни и здоровья, предупреждению попадания в социально опасное положение, профилактике суицидального поведения. Воспитание культуры безопасности жизнедеятельности позволяет решать важнейшие социальные проблемы, стоящие перед обществом, формируя позитивную

идеологию людей, где главной ее ценностью должны стать благополучие человека, и, в конечном счете, его здоровье и жизнь.

В органах управления и учреждениях образования всех типов разрабатываются программы, составляются и реализуются планы, направленные на повышение эффективности как всей социально-воспитательной деятельности, так и отдельных её составляющих, включая вопросы сохранения и упрочения психического здоровья, профилактики дезадаптации и суицидальных настроений учащихся школ и студентов. В этом смысле чрезвычайно важным является уровень профессиональной компетентности специалистов социально-педагогической и психологической службы (СППС), классных руководителей, кураторов учебных групп, всех педагогических работников, умение взаимодействия с детьми и молодёжью, их родителями, социальным окружением. Это особенно значимо, так как в настоящее время во многих учебных заведениях недостаточно качественно ведется работа по созданию устойчиво позитивного нравственно-психологического климата в коллективах, выявлению учащихся школ и студентов с суицидоопасным состоянием, обучению родителей распознаванию суицидальных симптомов их детей, выведению из кризисного состояния.

В свое время К. Меннингер отмечал: «Для обычного человека суицид является слишком ужасным и бессмысленным событием, чтобы он мог его понять... Хотя во многих случаях его можно было бы предотвратить с помощью кого-то из нас». Мероприятия, пусть даже системные, не станут достаточно продуктивными, если педагогические кадры не будут владеть необходимыми компетенциями и иметь для постоянного пользования методические материалы по эспресс-диагностике суицидоопасных состояний и алгоритмом действий при подозрении о суицидальной опасности обучающихся. Большинство подростков и юношей, покушающихся на самоубийство, косвенно предупреждают ближайшее окружение о своем намерении покончить с жизнью. Так или иначе, поведением или высказываниями подросток выдает свое суицидальное желание, поэтому, если вовремя обнаружить признаки надвигающейся катастрофы, ее можно предотвратить.

Специалисты СППС, классные руководители, кураторы групп должны в определенной степени владеть методами и технологиями психологической диагностики и индивидуального консультирования, уметь составлять и реализовывать коррекционные программы по предотвращению саморазрушительных форм поведения, попыток самоубийства. Педагогическим коллективам учебных заведений, в том числе и психологическим службам, следует тщательно анализировать микроклимат в каждом классе, учебной группе, до уровня отдельной личности, профессионально реагировать на все проблемные изменения, конфликты. Профилактическую работу необходимо более продуктивно направлять на нераспространение девиантных и деструктивных форм поведения детей и

молодежи, не допускать проявлений любых форм насилия с их стороны, и по отношению к ним, своевременно устранять предпосылки к возникновению кризисных и суицидоопасных состояний в их среде.

Во многих учреждениях образования с целью повышения профессиональной компетентности педагогов по профилактике суицидального поведения среди учащейся молодежи проводятся:

- заседания методических объединений классных руководителей и кураторов учебных групп, семинары-практикумы. Для этой же категории педагогических работников СППС учебных заведений организуются круглые столы «Особенности работы с детьми, имеющими отклонения в психическом и личностном развитии»;

- тематическое консультирование «Формы и методы профилактики суицидального поведения среди детей и молодежи»;

- проблемные педагогические гостиные и мастерские «Неконфликтное общение», «Как себя вести в экстремальной ситуации»;

- тренинги и тренинговые занятия «Дети не для насилия», «Дорога к спасению души» и др.

Весьма продуктивным является проведение в учебных заведениях семинаров-практикумов, круглых столов: «Укрепление психического здоровья и предупреждение факторов риска суицидального поведения», «Предупреждение жестокого обращения с детьми», «Суицид в молодежной среде: предпосылки и профилактика», «Усиление стрессоустойчивости – эффективный путь профилактики суицида», «Основы формирования гармоничных, жизнеутверждающих отношений в семье», «Индивидуально-коррекционная работа с детьми группы риска» и другие. Крайне необходимо участие в данных и иных мероприятиях не только педагогических, но и медицинских работников, в частности, врачей-психиатров, работников правоохранительных органов, представителей культурно-досуговых и физкультурно-оздоровительных организаций.

Определенное место в системе данной работы занимают недели и месячники профилактики суицида, проводимые в ряде учреждений образования. В течение данного времени более концентрированно и интенсивно осуществляется весь комплекс профилактических мероприятий. СППС еще более активно работает с классными руководителями, кураторами, учителями и преподавателями по вопросам определения признаков и типов суицидального поведения, выявления факторов, провоцирующих у обучающихся суицидоопасные состояния. На воспитательных и кураторских часах системно проводятся беседы с учащимися и студентами о выходе из кризисных жизненных ситуаций, о профилактике формирования зависимого поведения, о способах преодоления вредных привычек как факторов риска суицида. Организуются тренинговые занятия и психологические практикумы, показываются фильмы и видеоролики. На сайтах учреждений образования размещаются

соответствующие информационные материалы, распространяются памятки для родителей.

Однако не всегда подобные мероприятия могут повысить уровень социально-педагогических и психологических навыков и умений педагогов по коррекции социально-психологической дезадаптации, кризисных и суицидоопасных состояний среди учащейся молодежи. Анализ методической литературы, документов и опыта работы показал, что деятельность педагогов социальных и педагогов-психологов с учащимися, склонными к суициду, в условиях учреждений образования еще не отличается системностью и скоординированностью. В стране не проводятся масштабные психолого-педагогические исследования по данной проблематике и наблюдается недостаточная разветвленность социально-психологических служб. Ведущая роль в исследованиях суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте и разработке моделей его профилактики в Республике Беларусь принадлежит психиатрии. В системе подготовки специалистов психолого-педагогического профиля не предусмотрено специальных учебных курсов по профилактике кризисных и суицидоопасных состояний. На местах не хватает глубоко подготовленных специалистов для проведения супервизорской работы в данном направлении, нет в достаточном количестве учебных пособий, методических и иных материалов, четких выводов и рекомендаций.

Проблема предупреждения суицидального поведения в государстве пока еще остается отраслевой и координируется в системе отдельных ведомств (здравоохранение, образование, социальная защита, правопорядок и т.д.). Между тем, в развитых странах проблему роста самоубийств уже пытаются решать на государственном уровне. Так, например, в Швеции общенациональную программу суицидальной превенции координирует Национальный Центр исследования суицидов и профилактики психических заболеваний, который проводит наблюдение за этой работой в регионах. Профилактическая деятельность в регионах, приспособленная к местным условиям и традициям, осуществляется региональными системами помощи (сетями), включающими на добровольной основе профессионалов и непрофессионалов. В Японии в сентябре 2010 года при правительстве был организован штаб по предупреждению самоубийств. С декабря 2010 года там приступил к работе специальный сайт, адресованный тем, кто испытывает психологические затруднения, а также их семьям, друзьям и сослуживцам. В разработке этого проекта участвовали специалисты министерств здравоохранения, труда и благосостояния Японии. Важной частью программы по предотвращению самоубийств является обучающий курс по улучшению атмосферы на рабочих местах и, в целом, поддержанию психологического здоровья японцев. Он также выложен на страницах этого сайта. В декабре 2010 года на улицах японских городов активисты общественных организаций раздавали прохожим брошюры и листовки с рекомендациями по диагностике депрессивного состояния у членов семьи. Широкомасштабные исследования в области координации деятельности

специалистов разных отраслей по профилактике суицидального поведения в системе школьного обучения и воспитания проводятся также в США и Швеции.

Очень важно помнить, что работу с детьми и подростками в состоянии психологического кризиса при наличии суицидального риска следует проводить в тесном сотрудничестве с родителями и семьями обучающихся, в том числе неблагополучными и кризисными. Психологически и педагогически целесообразно в процессе профилактики суицидоопасного поведения устанавливать с ними партнерские отношения. В результате проведенного опроса около 67 % студентов и парасуицидентов указали, что родные и близкие стоят на первом месте среди факторов, способных удержать молодого человека в решении посягнуть на свою жизнь (Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков, Н. П. Блаженкова, 2010 г.).

Наряду с кропотливой индивидуальной консультативной работой с родителями следует активно практиковать проведение тематических родительских собраний, родительских конференций: «Любовь и уважение – основа взаимоотношений в семье», «Отцовство – высокое и ответственное предназначение мужчины», «Как избежать конфликтов в семье», «Предупреждение жестокого обращения с детьми», «Нравственные уроки семьи – нравственные законы жизни», «Это тревожное свободное время», «Психологическая атмосфера в семье и здоровье детей», «Профилактика эмоционального неблагополучия в семье и суицидального поведения несовершеннолетних», «Всем формам насилия в семье – нет» и других. Необходимо обучать родителей навыкам эффективного взаимодействия в ситуации конфликта, кризисного состояния, распознавания симптомов суицидального поведения. Правильно поступают в тех учебных заведениях, в которых разрабатывают и распространяют памятки для родителей по профилактике суицида в подростковом и юношеском возрасте, по сохранению и упрочению психического здоровья, укреплению детско-родительских отношений и т. п.

Профилактика психических расстройств и психологических кризисов на ранних этапах жизненного пути является чрезвычайно важной, поскольку их неблагоприятное влияние проявляется не только в суицидальности, но и в личностном развитии, а также в формировании социальных связей и навыков социальных взаимодействий. Поэтому особая роль в реализации профилактических программ, ориентированных на перспективу, отводится школам. Школы должны стать ареной заботы о психическом здоровье учащихся. Дети ежедневно проводят в школах много часов. Эти учреждения призваны следить не только за их интеллектуальным и физическим развитием, но и за эмоциональным и духовным ростом, развитием адаптационных ресурсов. Система общего среднего образования является оптимальной средой для внедрения программ, нацеленных на сохранение психического здоровья и предотвращение суицидов как в школьной системе в целом, так и специализированных учебных заведениях.

Школа является важнейшим институтом социализации. Но в случае нарушения отношений с одноклассниками или педагогами, недостатком учебной мотивации для подростка она может стать патогенным фактором. Удовлетворенность ученика в общении и его место в системе личных взаимоотношений зависит не только от личности самого ученика, но и от морально-психологического климата в классе, в котором он учится. Положение подростка в системе межличностных взаимоотношений со сверстниками является существенной предпосылкой формирования личности. Неудовлетворенность в общении с одноклассниками сказывается на поведении, успеваемости, может быть причиной делинквентного поведения. Трудности адаптации в группе сверстников являются одним из факторов суицидального риска.

В системе работы по профилактике юношеского суицида трудно переоценить целенаправленную деятельность непосредственно в классах, учебных и академических группах, неформальных детских и молодежных объединениях. Зарубежный опыт показывает, что изучение механизмов психологической защиты, факторов, влияющих на здоровье и благополучие, а также проблем психического здоровья, преодоления стресса, разрешения конфликтов, принятия решений и осуществления собственного активного выбора, предотвращения суицидального поведения с привлечением соответствующих специалистов уже со школьной скамьи может существенно изменить в лучшую сторону суицидологическую обстановку в подростково-юношеской среде. Поэтому было бы логично ввести в учебные программы учреждений образования данную проблематику. Экспериментально доказано, что образовательные программы, включающие теоретические и практические занятия, расширяют знания о психическом здоровье, формируют навыки преодоления стресса и способствуют, в целом, осознанию подростками и юношами проблемы суицидального поведения.

При условии продуманной подготовки было бы также эффективным проведение различных информационно-воспитательных мероприятий, кураторских часов, диспутов, лекций-бесед на следующие темы: «Психическое здоровье – залог жизненного успеха», «Как сохранить самообладание в кризисной ситуации», «Как победить стресс», «Отсутствие вредных привычек как фактор сохранения жизненного здоровья», «Искусство жить», «Пути решения проблемных и конфликтных ситуаций», «Оптимизм – наш стиль жизни», «Жизнь прожить – не поле перейти».

Для освоения подростками и юношами знаний и навыков успешного преодоления жизненных трудностей необходимы усилия не только педагогов, но и других значимых взрослых – родителей, родственников, персонала школ и др. Эти навыки являются особенно важными для детей из распавшихся и неблагополучных семей. Участие в подобных факультативных программах может быть полезным и учащимся, и персоналу учреждений образования, и родителям. Результативность этих программ будет значительно повышена, если в их подготовке и проведении примут

участие сами учащиеся и студенты при соблюдении принципа «Равный обучает равного».

Таким образом, основным результатом целенаправленной, четко спланированной работы должно стать формирование у учащейся молодежи понимания жизни как главной духовной ценности, оптимистического к ней отношения, стремления повышения ее качества, а также уверенности в себе и своих возможностях, позволяющих преодолевать жизненные трудности. Безусловно, нельзя ограничивать эту деятельность рамками кампании или месячника, а проводить её в течение всего обучения.

Несмотря на сохраняющуюся актуальность проблемы суицидального поведения молодых людей, нельзя сказать, что в деятельности социальных институтов, учреждений образования, организаций и органов власти проблеме психического и нравственного здоровья этой категории населения не уделяется должного внимания. Благодаря усилиям отечественных ученых, исследователей и практиков, в образовательной системе страны сформировалась достаточно конкретная научная парадигма обучения и воспитания детей и молодежи. Одним из быстро развивающихся направлений стала деятельность социально-психологических служб учебных заведений, позволяющая профессионально и оперативно выявлять проблемы учащихся и студенческой молодежи, содействовать их разрешению, создавать комфортную среду для учебы и личностного развития, обучать учащихся и студентов навыкам преодоления жизненных трудностей и поддержания психического здоровья. Анализ деятельности, к примеру, социально-психологических служб вузов позволяет определить круг задач, которые в настоящее время решаются этими структурными подразделениями в тесном взаимодействии с администрацией, кураторами и профессорско-преподавательским составом учебных заведений. К ним относятся:

1. Диагностическая работа (групповая и индивидуальная)

Диагностика адаптационных процессов; психических состояний; индивидуально-типологических свойств; межличностных отношений; мотивации и ценностных ориентаций; особенностей познавательных процессов и свойств интеллекта; регулятивно-волевых особенностей; самооценки; лидерских качеств; коммуникативных и организаторских способностей; социально-психологического микроклимата в академических группах.

2. Профилактическая работа

Проведение бесед, тренинговых занятий, семинаров-практикумов, образовательно-профилактических семинаров, психологических гостиных; участие в социальных проектах, оформление информационных стендов, проведение «круглых столов», тематических занятий по заявкам преподавателей, кураторов, социальных педагогов, молодежных общественных организаций, индивидуальная и групповая работа со студентами из групп социально-психологической опеки и групп риска, взаимодействие с правоохранительными и медицинскими учреждениями.

3. Психологическое консультирование

Консультации осуществляются по следующим проблемам:

- межличностные отношения (отношения с родителями; отношения в паре, отношения в комнате общежития; отношение в учебной микрогруппе, взаимоотношения в молодой супружеской паре и др.);
- внутриличностные конфликты и негативные состояния (самооценка, самоотношение, депрессия, тревога, эмоциональная нестабильность и т. д.);
- межличностные конфликты и способы их разрешения (конфликты в системе «преподаватель-студент», «студент-студент», семейные конфликты, конфликты в учебной группе и в комнате общежития и др.).

Консультации (индивидуальные, семейные и групповые) проводятся как по запросу самих студентов и сотрудников вуза, так и по запросу администрации факультетов и общежитий студенческого городка, родителей студентов.

4. Коррекционно-развивающая работа

В рамках данного направления психологами служб проводится индивидуальная и групповая психологическая работа.

Индивидуальные психокоррекционные и развивающие программы разрабатываются и реализуются с отдельными студентами, обратившимися за помощью в службу. Индивидуальная коррекционная работа проводится также при необходимости кризисного вмешательства (клиенты с навязчивыми суицидальными мыслями и намерениями, жертвы насилия, клиенты с острыми кризисными переживаниями и др.).

Групповая психокоррекционная работа осуществляется в основном посредством реализации различных коррекционно-развивающих тренинговых программ по следующим направлениям:

- тренинг личностного роста;
- тренинг самопознания;
- тренинг развития коммуникативных навыков;
- тренинг публичных выступлений;
- тренинг самопрезентации;
- тренинг саморегуляции.

5. Психологическое просвещение

Среди наиболее распространенных форм психологического просвещения можно выделить: деятельность студенческих психологических клубов; оформление информационных стендов; сотрудничество с печатными изданиями; подготовка инструкций, памяток и буклетов; семинары для различных категорий студентов; оформление информационных папок на факультетах; участие в заседаниях студенческих клубов; организация работы студенческой психологической библиотеки; дни, месячники, фестивали психологических знаний (презентации, психодиагностика, практические занятия, олимпиада по психологии, брифинги, аукцион психологических услуг); лекции и беседы; организация и проведение «круглых столов» по

актуальным вопросам студенческой жизни; семинары для преподавателей, кураторов учебных групп, воспитателей и т. д.

В наиболее развернутом виде реализация этих направлений представлена в деятельности социально-психологических служб БГУ и БГПУ им. М. Танка. В целом, перечень решаемых СПС вузов задач позволяет сделать вывод, что они располагают возможностями обеспечивать полноценную профилактику социально-психологической дезадаптации, кризисных состояний и суицидального поведения у студенческой молодежи.

Наряду с перечисленными направлениями в деятельности СПС вузов в настоящее время реализуются мероприятия по профилактике непосредственно суицидального поведения среди обучающихся. Так, например, в БГУ на основе проведенных в 2010 – 2011 годах исследований разработана многоуровневая и системообразующая Программа профилактики суицидального поведения среди студентов. Она включает в себя систему деятельности должностных лиц по организации непрерывного мониторинга и ранней превенции кризисных и суицидоопасных состояний у обучающейся молодежи.

Помимо диагностико-коррекционных мероприятий в Программу включены такие формы, как: организация педагогических семинаров для заместителей деканов, кураторов, профессорско-преподавательского состава, студенческого актива по организации профилактики суицидального поведения студентов; формирование и ежемесячная актуализация банка данных по группам социально-психологической опеки, группам риска, результатам психологического тестирования; проведение воспитательных мероприятий по вопросам профилактики аутодеструктивного поведения; разработка и издание информационных материалов по распознаванию факторов суицидального риска, суицидальных признаков и алгоритма действий педагогов при их выявлении; проведение анкетирования студентов для выявления и уточнения факторов суицидального риска; информирование о наличии служб помощи в кризисных ситуациях; мониторинг эффективности воспитательной работы; супервизорская деятельность специалистов СПС на факультетах; проведение дебрифингов; социально-психологическая реабилитация студентов в посткризисный период; организация и проведение встреч со специалистами по сохранению и регуляции психического здоровья студентов; проведение мероприятий по вопросам пропаганды ценности человеческой жизни.

Работе по профилактике суицидального поведения среди молодежи следует придавать значительно более широкий межведомственный характер. Успеху будет способствовать сотрудничество с представителями различных сфер общественной деятельности. Причем следует тесно взаимодействовать не только со здравоохранением, но и с другими сферами. Сегодня мы знаем, что для интеллектуального и эмоционального воздействия на молодежь, развития зрелости и собственного стабильного стиля жизни необходимо

тесное сотрудничество с профессионалами и кумирами мира культуры и искусства, спорта, науки.

Весомую помощь учебным заведениям в работе по предупреждению суицидального поведения учащейся молодежи могут оказывать различные общественные организации, деятельность которых посвящена решению нравственно-этических проблем общества, профилактике зависимостей, укреплению семейных устоев, а также церковь. Примером может служить деятельность религиозно-гражданского Республиканского общественного объединения «Родители и учителя – за возрождение православного образования», которое совместно с БПЦ реализует Республиканскую духовно-просветительскую программу «Семья – Единение – Отечество». Церковь, к примеру, уже сейчас играет немаловажную роль в духовно-нравственном воспитании детей и молодёжи, укреплении веры в добро, справедливость и другие жизнеутверждающие идеалы. Священнослужители участвуют в проведении встреч, диспутов на тему: «Деятельность псевдорелигиозных структур и деструктивных организаций на территории Республики Беларусь», «Греховность посягательств на жизнь», «Нравственные идеалы молодёжи», «Недопустимость жестокого обращения с детьми». Причем речь идет не о духовной стерилизации молодежи, а о преемственности, иерархизации и включении культурных ценностей в структуру личности. В этом смысле трудно переоценить привлечение подростков, молодых людей, совершивших правонарушения, суицидальные попытки, в деятельность волонтерских отрядов по реконструкции и восстановлению храмов, проведение совместно с церковью благотворительных, милосердных акций.

В целом, в работе по профилактике тяжелых форм социально-психологической дезадаптации, кризисных и суицидоопасных состояний у учащихся и студентов необходимо делать упор на раннее выявление симптомов этих состояний в соответствии с рекомендованным диагностическим инструментарием, банком данных об обучающихся, склонных к суицидальному поведению. Следует разнообразить индивидуальную профилактическую работу с детьми и подростками, находящимися в социально опасном положении, не способным противостоять стрессам, неуверенным в себе, не отличающимся крепким физическим и психическим здоровьем, не умеющим радоваться жизни. Надо больше уделять внимания этому контингенту как в учебном процессе, трудовой деятельности, так и в духовном, познавательном обогащении досуга, свободного времени. В целях совершенствования работы по предупреждению суицидов среди учащихся и студентов важно, как уже отмечалось, привлекать для участия в мероприятиях профилактического назначения не только педагогов, самих обучающихся и их родителей, но и работников здравоохранения, внутренних дел, других министерств и ведомств, а также представителей церкви, общественных организаций.

3.2. Методология и методы предупреждения суицидоопасного развития кризисных состояний у подростков и юношей (девушек)

Анализ публикаций последних лет в области суицидологических исследований свидетельствует о нацеленности суицидологов на разработку максимально точных критериев диагностики и эффективных превентивных методов коррекции суицидального риска. Между тем, в настоящее время пока не существует однозначного психологического тестового профиля («психологического портрета»), определяющего суицидента как такового. Также не найдено характерного комплекса личностных черт с высокой степенью коррелирующего с суицидальными реакциями.

Многочисленные статистические, психологические и социально-психологические исследования выявили достаточно большой перечень критериев суицидального риска. Все они имеют определенную прогностическую ценность. Поэтому в настоящее время проблема профилактики суицидального поведения акцентируется на эффективности ранней диагностики и мер оказания помощи дезадаптированной кризисной личности.

Профилактика суицидального поведения в учреждениях образования имеет многоаспектный характер и должна решать различные задачи: формирование у обучающихся установок на здоровый образ жизни; выявление среди учащихся и студентов лиц, склонных к переживаниям суицидоопасного регистра, и определение групп риска; психологическое сопровождение молодых людей из групп риска и оказание помощи в социально-психологической адаптации; оказание экстренной медико-психологической помощи обучающимся с острыми кризисными состояниями и выраженными суицидальными тенденциями; реадaptация обучающихся, совершивших суицидальную попытку, либо после лечения в психиатрическом стационаре; просвещение персонала учебных заведений и родителей учащихся и студентов; контроль и ограничение доступа к местам и различным средствам аутоагрессивных действий и др.

Работа с любым социально-психологическим явлением требует неукоснительного следования методологическим принципам, обеспечивающим ее системность и структурированность. Особенно важны методологические принципы в тех областях, которые касаются феноменов человеческих психики и сознания. Применяемые в профилактике кризисных суицидоопасных состояний методы должны в первую очередь придерживаться методологических принципов практической психологии.

Основные методологические принципы, которые являются теоретической и практической базой для профилактической работы с суицидоопасными кризисными состояниями, можно подразделить на три уровня: общая методология, как совокупность общенаучных принципов; специальная методология, как комплекс общих принципов, применяемых в профилактической работе; частная методология как совокупность

конкретных методик диагностики и коррекции кризисных суицидоопасных состояний.

Общая методология в профилактике суицидального поведения обеспечивает обоснованные и точные представления о наиболее общих закономерностях функционирования и развития психического мира человека. К общеметодологическим принципам работы по предупреждению кризисных суицидоопасных состояний относятся:

принцип целостности (системности). Принцип целостности постулирует понимание человека как живой, открытой, сложной, многоуровневой самоорганизующейся системы, обладающей способностью поддерживать себя в состоянии динамического равновесия, генерировать новые структуры и новые формы организации. Принцип целостности также предполагает системный, целостный характер диагностико-коррекционной деятельности педагога, социального педагога, психолога. Данный принцип позволяет:

- видеть личность в системе взаимоотношений с социальной средой, находить в этих взаимоотношениях основные пусковые механизмы кризиса и нежелания жить;

- рассматривать кризис по горизонтали (связи между однопорядковыми элементами) и по вертикали (выделение его уровней и их иерархию);

- понимать причинность и особенности кризисного состояния с учетом свойств личности;

- выделять системообразующие связи, детерминирующие суицидальный риск;

- опираться в прогнозах и коррекционной работе на внутренние ресурсы самой личности;

- определять возможности психолого-педагогического сопровождения, управления, регулирования, целенаправленного воздействия с целью продуктивного выхода личности из кризисного состояния;

принцип развития. Любое явление, изучаемое в психологии, может получить адекватное объяснение, если его рассматривать в развитии. Принцип развития предполагает рассмотрение психических явлений с точки зрения их закономерного изменения. Термин «развитие» обозначает изменение, связанное с преобразованием во внутреннем строении объекта, в его структуре, переход от структуры одного качества к структуре другого качества. Понятие «развитие» ассоциируется с формой изменения (эволюцией или революцией) и направлением (прогрессом и регрессом). Принцип развития трактуется как взаимосвязь изменений психических явлений и порождающих их причин. При этом принимается во внимание зависимость происходящих преобразований психических явлений от их включенности в целостную систему.

Принцип развития предполагает, что изменения происходят закономерно, что переходы от одних форм к другим не носят хаотического характера даже тогда, когда включают элементы случайности и

вариативности. Психические явления и, в частности, психические состояния индивида, постоянно изменяются, развиваются. Сложная, саморегулирующаяся система, какой является человеческая психика, потенциально имеет множество векторов своего развития. Эти пути определяются в критических точках – личностных кризисах, когда система перестает соответствовать развивающимся условиям окружающей среды и останавливается перед выбором, а только затем принимает направление своего дальнейшего развития. В кризисные моменты даже небольшое воздействие на систему может положить начало процесса в совершенно неожиданном направлении, которое изменит функционирование всей системы. Для сохранения своей целостности система должна создать новые структуры, обеспечивающие стабильность и устойчивость своего функционирования в новых условиях жизнедеятельности. В противном случае несоответствие новым условиям бытия приведет систему к саморазрушению. При этом и проблемные, кризисные состояния личности можно рассматривать как систему, которая находится в точке бифуркации (непрогнозируемого перехода в одно из качественно иных, в сравнении с исходным, состояний; состояние неопределенности), балансирующую под воздействием внутренних или внешних факторов.

Это отчетливо наблюдается в динамике развития суицидоопасных состояний, поэтому наиболее адекватным подходом в выявлении и влияния на них является учет закономерностей этого генезиса, его видов и стадий;

принцип обусловленности (детерминизма – от лат. *determinare* – определять). Принцип детерминизма в психологии подразумевает, что все психические явления не случайны, а имеют определенную причину, которая может быть выявлена и изучена и которая объясняет, почему возникло именно то, а не иное следствие. Принцип детерминизма раскрывает причинность как совокупность обстоятельств, предшествующих во времени следствию и вызывающих его, но не исчерпывается этим объяснительным принципом, поскольку существуют и другие формы данного методологического принципа, а именно:

- *системный* принцип детерминизма, раскрывающий обусловленность отдельных компонентов системы свойствами целого;

- принцип детерминизма *обратной связи*, определяющий, что, как причина вызывает следствие, так и следствие воздействует на вызвавшую его причину;

- *статистический* принцип детерминизма, указывающий, что при одинаковых причинах возникают различные в известных пределах эффекты, подчиненные статистической закономерности;

- *целевой* принцип детерминизма, утверждающий, что предваряющая результат цель закономерно определяет процесс его достижения, и др.

Психологический детерминизм также исходит из того, что среда является не просто условием, сферой обитания человека, но культурой, которая несет в себе важнейшие знания, переживания, во многом влияющие

на процесс становления личности. Психологический детерминизм, кроме того, предполагает, что процессы, происходящие в сознании, могут быть направлены не только на приспособление к среде, но и на противостояние ей в том случае, если среда мешает раскрытию потенциальных способностей данного человека.

Таким образом, любое кризисное суицидоопасное состояние имеет причину – совокупность жизненных обстоятельств, предшествующих этому состоянию и вызывающих его. В соответствии с этим принципом работа по профилактике суицидального поведения должна опираться на изучение условий и механизмов его прижизненного формирования.

Специальной методологией профилактики кризисных суицидоопасных состояний выступают ее методологические принципы. К специальным методологическим принципам относятся:

- принцип приоритета личностного развития обучающихся в деятельности персонала учреждений образования;
- принцип абсолютной ценности человеческой жизни, заключающийся в ценности для других и самооценности личности человека;
- принцип личностного подхода, который требует учитывать при работе с любыми психологическими феноменами то, что их носителем является конкретная личность;
- принцип уникальности личности, состоящий в признании и принятии индивидуальности человека;
- принцип опоры на эмоционально-ценностные ориентации в оказании психологической помощи кризисной личности;
- принцип позитивности, указывающий на необходимость центрированности психолога (педагога) на положительном опыте потенциального суицидента и положительных сторонах проблемной ситуации;
- принцип необходимости, достаточности, доступности и приемлемости для учащейся молодежи диагностико-коррекционных процедур оказания психолого-педагогической помощи, их соответствия динамике развития суицидоопасных состояний и степени суицидального риска;
- принцип многомерности истины, апеллирующий к рефлексивной, понимающей и сопереживающей позиции психолога (педагога) к мнению, позиции, опыту потенциального суицидента, а также к необходимости учета высокой динамичности индивидуальной психической реальности и межличностных отношений со значимыми людьми, их изменчивость и развитие;
- принцип стимулирования самостоятельности и самодостаточности молодого человека в разрешении проблемных ситуаций.

Частная методология в профилактике суицидального поведения представляет собой совокупность конкретных методов и методик диагностики и коррекции кризисных суицидоопасных состояний. При оценке

суицидального риска психологу (педагогу) в каждом конкретном случае необходимо учитывать совокупность predisponирующих, ситуационных и микросоциальных факторов. Поэтапный подход в определении степени суицидального риска и применении диагностического инструментария, своевременно проведенный, адекватный степени суицидального риска, курс психокоррекционного воздействия позволяет оптимизировать результаты диагностико-коррекционных мероприятий и разрешить личностный конфликт, предшествующий предполагаемой суицидальной развязке.

Ключевым звеном в профилактике суицидоопасных кризисных состояний является психологическая диагностика. Определение риска возможного суицида до настоящего времени остается достаточно сложной задачей. Вопросы о том, кого следует считать потенциальным суицидентом, с какого момента и при каких условиях молодой человек может быть включен в «группу риска», не имеют однозначного толкования, поскольку само понятие «суицидального риска» распространяется на достаточно широкий спектр когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций. Психологическое обследование, направленное на оценку уровня суицидального риска, опирается на принцип комплексности, предполагающий сочетание разных методических приемов, и проводится с применением таких методов, как: диагностическая беседа, наблюдение, метод изучения документов, психологическое тестирование и др.

Предлагаемый комплекс методов диагностики ориентирован на ключевые психологические показатели риска суицидального поведения и на степень его выраженности в динамике развития неблагоприятных психических состояний. На основе этих показателей был произведен подбор тестовых методик диагностики суицидоопасных и сопутствующих им переживаний и личностных особенностей.

Для того, чтобы определить особенности адаптационных возможностей на начальном этапе профилактической работы желательно иметь данные диагностики акцентуаций характера и ведущих копинг-стратегий. Анализ источников и опыт работы по диагностике факторов суицидального риска позволил выявить ряд ключевых позиций, которые определили выбор исследовательского инструментария.

Личностный опросник Г. Шмишека

Опросник разработан Г. Шмишеком. Он предназначен для диагностики акцентуированных свойств личности, определения типа акцентуаций. Теоретической основой опросника явилась концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда. В соответствии с этой концепцией все черты личности могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты – стержень личности, они определяют ее развитие, процессы адаптации, психическое здоровье. При значительной выраженности основные черты характеризуют личность в целом. В случае воздействия неблагоприятных факторов они могут приобрести патологический характер, разрушая структуру личности. Личности, у которых основные черты ярко

выражены, названы К. Леонгардом акцентуированными. Такие личности не следует рассматривать в качестве патологических. Это «заострение», предельная выраженность определенных, присущих каждому человеку, особенностей. По К.Леонгарду, в акцентуированных личностях потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд.

Методика содержит 88 вопросов и позволяет выявить 10 типов акцентуаций. Максимальный показатель по каждому типу акцентуации – 24. Признаком акцентуации считается показатель, превышающий 12-14 баллов.

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)

Опросник разработан в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева А. Е. Личко и Н. Я Ивановым в 1995 году. Метод патохарактерологического исследования подростков, названный «Патохарактерологический диагностический опросник» (ПДО), предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также связанных с ними некоторых личностных особенностей. Теоретической основой ПДО является опыт психиатрических исследований и концепция психологии отношения. Фразы-утверждения составлялись на основе описаний патологических типов характера и акцентуаций характера, представленных в трудах известных психиатров (Э. Крепелин, Э. Кречмер, П. Б. Ганушкин, К. Леонгард и др.), а принцип отношения к личностным проблемам (А. Ф. Лазурский, В. Н. Мясищев) выбран как наиболее продуктивный для распознавания типов характера.

Обследование с помощью ПДО позволяет дать оценку некоторым другим личностным особенностям подростка – психологической склонности к алкоголизации, к делинквентному поведению, к диссимуляции (*сознательному сокрытию*) черт своего характера и системы своих личностных отношений, а также оценить соотношение черт мужественности-женственности в системе личностных отношений. Эти показатели включены в основной код оценки результатов, т.к. как они используются в качестве дополнительных баллов при определении типов характера. Специальные дополнительные шкалы предназначены для оценки склонности к депрессиям, риска социальной дезадаптации, возможности формирования психопатий (личностных расстройств), риска злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами, риска ранней половой жизни у девочек и для дифференциальной диагностики истинных и демонстративных попыток самоубийства у подростков.

Опросник состоит из 25 наборов фраз-утверждений, отражающих отношение разных патохарактерологических типов к ряду жизненных проблем (самочувствие, настроение, сексуальные проблемы, отношение к родителям и т. д.). В каждом наборе содержится 10-19 пронумерованных утверждений. Полученные результаты оценивают по двум шкалам: объективной и субъективной.

Методика «Как вы разрешаете эти трудности»

Методика разработана Э. Хеймом и адаптирована в лаборатории клинической психологии Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, под руководством Л. И. Вассермана. Методика предназначена для психологической диагностики копинг-механизмов и позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга (ведущих стратегий преодоления кризисных ситуаций и решения проблем), распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг-механизмы.

Варианты копинг-поведения по методике Э. Хейма

А. Когнитивные копинг-стратегии

- игнорирование;
- смирение;
- диссимуляция;
- сохранение самообладания;
- проблемный анализ;
- относительность;
- религиозность;
- растерянность;
- придача смысла;
- установка собственной ценности.

Б. Эмоциональные копинг-стратегии

- протест;
- эмоциональная разрядка;
- подавление эмоций;
- оптимизм;
- пассивная кооперация;
- покорность;
- самообвинение;
- агрессивность.

В. Поведенческие копинг-стратегии

- отвлечение;
- альтруизм;
- активное избегание;
- компенсация;
- конструктивная активность;
- отступление;
- сотрудничество;
- обращение.

Виды копинг-поведения были распределены Е. Heim на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: *адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.*

Адаптивные варианты копинг-поведения

К *когнитивным* копинг-стратегиям относятся:

- «проблемный анализ»;
- «установка собственной ценности»;
- «сохранение самообладания» – формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций.

Среди *эмоциональных* копинг-стратегий:

- «протест»;
- «оптимизм» – эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации.

Среди *поведенческих* копинг-стратегий:

- «сотрудничество»;
- «обращение»;
- «альтруизм» – под которыми понимается такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает ее близким в преодолении трудностей.

Неадаптивные варианты копинг-поведения

К *когнитивным* копинг-стратегиям относятся:

- «смирение»;
- «растерянность»;
- «диссимуляция»;
- «игнорирование» – пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей.

Среди *эмоциональных* копинг-стратегий:

- «подавление эмоций»;
- «покорность»;
- «самообвинение»;
- «агрессивность» – варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Среди *поведенческих* копинг-стратегий:

- «активное избегание»;
- «отступление» – поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

Относительно адаптивные варианты копинг-поведения

Их конструктивность зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления.

К *когнитивным* копинг-стратегиям относятся:

- «относительность»;
- «придача смысла»;
- «религиозность» – формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами.

Среди *эмоциональных* копинг-стратегий:

- «эмоциональная разрядка»;
- «пассивная кооперация» – поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам.

Среди *поведенческих* копинг-стратегий:

- «компенсация»;
- «отвлечение»;
- «конструктивная активность» – поведение, характеризующееся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело, путешествия, исполнения своих заветных желаний.

Для определения точности выводов о сниженных адаптационных возможностях и особенностях преодоления кризисных ситуаций результаты тестирования можно обработать путем выявления значения дискриминантной функции.

Методика расчета значения дискриминантной функции для выявления сниженных адаптационных возможностей и личностной склонности к аутодеструктивным стратегиям преодоления жизненных трудностей

Методика расчета значений дискриминантной функции для выявления сниженных адаптационных возможностей и личностной склонности к аутодеструктивным стратегиям преодоления жизненных трудностей разработана авторским коллективом кафедры социальной работы Государственного института управления и социальных технологий БГУ (Г. А. Бутрим, Н. П. Блаженкова, А. А. Колмаков, А. А. Урбанович) в 2010 – 2011 г. г. и представляет собой формулу, по которой производится расчет значений дискриминантной функции на основе результатов диагностики по методике Э. Хейма «Как вы разрешаете эти трудности»

Для определения точности выводов о сниженных адаптационных возможностях и особенностях преодоления кризисных ситуаций результаты тестирования можно обработать путем выявления значения дискриминантной функции по формуле, используя коэффициенты канонической дискриминантной функции и значения по соответствующим шкалам используемой методики. По распределению значений дискриминантной функции можно судить о неадаптивных копинг-

стратегиях, что говорит о вероятности возникновения суицидоопасных состояний при столкновении с жизненными трудностями. Учащиеся с такими особенностями должны быть учтены в «группе риска» для последующей социально-психологической опеки и педагогического наблюдения. При этом заключение о включении студента в «группу риска» делается при значении дискриминантной функции $ЗДФ \geq 1,695$.

Для уточнения степени личностной предрасположенности к суицидоопасным реакциям в состоянии социально-психологической дезадаптации у лиц с низкими адаптационными возможностями можно провести диагностику нервно-психической устойчивости, тревожности, импульсивности и ценностных ориентаций.

Методика определения нервно-психической устойчивости, риска, дезадаптации в стрессе «Прогноз» Методика разработана в лаборатории профотбора Ленинградской военно-медицинской академии С. М. Кирова. Анкета «Прогноз» предназначена для определения уровня *нервно-психической неустойчивости* и риска дезадаптации в условиях стресса. Она позволяет выявить отдельные предболезненные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность их развития и проявлений в поведении и деятельности человека. Под понятием нервно-психической неустойчивости понимаются психические состояния со скрытой, невыраженной либо умеренно выраженной, но компенсированной формой течения, обусловленные дефектами функционирования нервной системы и снижающие приспособительные возможности организма.

Методика имеет две шкалы: шкалу надежности и шкалу нервно-психической устойчивости. Обработка результатов начинается с первой шкалы. Если сумма баллов по ней составляет 10 и более, то оценка по второй шкале не проводится, результаты обследования считаются недостоверными. Показатель шкалы 2 получают простым суммированием положительных и отрицательных ответов, совпадающих с ключом.

Тест Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина

Тест Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина – это методика самооценки уровня тревожности. Шкалы реактивной и личностной тревожности разработаны Ч. Д. Спилбергером (США) и адаптированы в Ленинградском НИИ физической культуры Ю. Л. Ханиным. Тест предназначен для измерения тревожности как связанной с конкретной жизненной ситуацией (*ситуативную* или *реактивную*), так и являющуюся стабильным свойством личности или устойчивой характеристикой человека (*личностную*).

По Ю. Л. Ханину, состояния тревоги (или ситуативная тревожность) возникают как реакция человека на различные, чаще всего социально-психологические стрессоры (ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие неблагоприятного к себе отношения, угрозы своему самоуважению, престижу). Но тревожность изначально не является негативной чертой. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует

оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Напротив, личностная тревожность как черта, свойство, диспозиция, дает представление об индивидуальных особенностях в подверженности действию различных стрессоров. Это устойчивая склонность человека воспринимать угрозу своему «Я» в самых различных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением ситуативной тревожности.

Тревожность обычно повышена у здоровых людей, переживающих последствия психотравмы, у людей с нервно-психическими заболеваниями, а также у лиц с предрасположенностью к аутодеструктивному поведению. Она может проявляться как ощущение беспомощности, неуверенности в себе, бессилия перед внешними факторами, переживаемых как угрожающие. На ранних этапах профилактики суицидального поведения методика применяется с целью диагностики наличия дезадаптационных процессов и личностной предрасположенности к суицидоопасным формам дезадаптации.

Тест состоит из двух шкал соответственно. Каждая шкала включает по 20 вопросов, разделяющих реактивную (РТ, высказывания № 1-20) и личностную (ЛТ, высказывания № 21-40) тревожность.

Методика измерения импульсивности

Методика разработана В. А. Лосенковым и предназначена для измерения импульсивности. Измеряемая ей импульсивность рассматривается как относительно устойчивая черта личности, противоположная целеустремленности, самообладанию, выдержке. Импульсивность как личностная особенность свидетельствует о недостаточном самоконтроле в межличностном общении и поведении, неустойчивости, неопределенности жизненных целей, ориентаций, интересов, недостаточной настойчивости в их реализации.

Методика включает 20 вопросов, к каждому из которых предлагается четырехбалльная шкала ответов. Испытуемый должен выбрать один, наиболее ему близкий. Номер варианта ответа означает балл, которым он оценивается. Чем больше сумма баллов, тем выше импульсивность. В процессе обработки результатов подсчитывают величину показателя импульсивности «Пи». Он представляет собой сумму баллов, набранную по шкалам всего теста-опросника. Чем больше величина показателя импульсивности «Пи», тем больше уровень импульсивности. Максимальная сумма баллов – 80. Уровень импульсивности может быть охарактеризован как высокий, средний и низкий. Если величина «Пи» находится в пределах 66-80, то импульсивность выражена сильно; если его величина от 35 до 65 – то ее уровень средний или умеренный, а если показатель 34 и менее, то импульсивность низкого уровня.

Помимо импульсивности с помощью этой методики можно оценить еще две черты: уверенность в общении (вопросы 2, 4, 5, 9, 12, 16, 20) и целеустремленность (вопросы 1, 3, 8, 11, 14, 15, 18). Диагностика импульсивности в предлагаемой нами системе профилактики суицидального поведения молодых людей предполагает возможность прогнозировать

высокую вероятность потери ориентации в системе социальных взаимодействий, диагностировать склонность к неадекватным, непродуманным поведенческим реакциям в стрессогенных ситуациях, незрелость и слабую структурированность жизненных целей, ориентаций, интересов.

Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича

Методика «Ценностные ориентации» разработана в 1973 г. М. Рокичем (США). Адаптация теста на русском языке проводилась А. Гоштаусом, А. А. Семеновым и В. А. Ядовым (ИСЭП АН СССР). В 1984-1986 г. г. на факультете психологии МГУ психодиагностические характеристики методики были усовершенствованы и повышены. Адаптированная методика доказала свои надежность, валидность и достоверность.

Методика «Ценностные ориентации» предназначена для изучения ценностно-мотивационной сферы человека и дает возможность получить информацию о системе определяемых человеком для себя целей-ориентиров своей жизни. Система ценностных ориентаций представляет собой иерархическую структуру, которая опосредует содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения, ядро мотивации жизнедеятельности и структуру жизненной концепции, являясь отправным моментом ее поступков, мыслей и чувств. М. Рокич различал два вида ценностей: *терминальные* – жизненные цели-ориентиры личности; *инструментальные* – способы поведения, как средства достижения этих целей.

Методика М. Рокича основывается на том, что состав ценностных ориентации каждого вида одинаков для всех людей. Разница только в степени важности конкретной цели для каждого человека. Установить ее предлагается методом прямого ранжирования. Человеку предлагаются стандартизированные списки (либо наборы отдельных карточек) терминальных и инструментальных ценностей (по 18 в каждом), а он распределяет их по степени важности для себя. Вначале предъявляется набор терминальных, а затем набор инструментальных ценностей. Обычно достаточно получить информацию о первых пяти ценностных ориентациях, поскольку влияние менее важных ценностей на поведение может считаться незначительно малым. Терминальные и инструментальные ценностные ориентации ранжируются по отдельности.

При анализе полученных ранжировок ценностей, обращают внимание на их группировку в содержательные блоки по разным основаниям в каждом виде ценностей. Необходимо уловить индивидуальную закономерность, как в отдельном блоке ценностей, так и между ранжированными ценностями двух видов (терминальными и инструментальными). Если не удастся выявить ни одной закономерности, можно предположить несформированность у обследуемого системы ценностей или неискренность ответов в ходе

обследования. Полученные данные подвергаются качественной и количественной обработке.

Методика позволяет получить достаточно надежные результаты, которые могут использоваться для определения структуры личности и прогнозирования поведения индивида наряду с полученными с помощью других методов данными. Для повышения надежности результатов ранжирования собственных актуальных ценностей испытуемому предлагается после завершения ранжирования ценностных ориентаций определить в процентах степень достижения каждой ценности на настоящий момент. Обследование лучше проводить индивидуально, так как здесь особую роль играет мотивация диагностики, добровольный характер тестирования и наличие контакта между психологом и обследуемым.

Индивидуальная беседа (диагностическая)

Индивидуальная беседа является одним из важнейших и наиболее действенных методов получения информации о молодом человеке, т.к. позволяет поближе познакомиться установить прямой контакт. Диагностическая беседа проводится после тестовой диагностики и результатов наблюдения с целью:

- дополнить или уточнить данные тестовой диагностики, особенностей и устойчивости черт характера, мотивации, общего развития, психофизиологических и физических качеств;
- получить данные об условиях развития и воспитания, влияющих на процессы адаптации к учебной деятельности и интеграции в учебном коллективе, устойчивость к психическим нагрузкам;
- выяснить особенности ценностно-ориентационной структуры, отношения к себе, родным и близким, ближайшему окружению.

Индивидуальная диагностическая беседа также выполняет определенные психопрофилактические функции.

Наблюдение

Метод наблюдения – один из наиболее объективных и информативных методов психологической диагностики, широко применяемый в социальной психологии и педагогике. Он представляет собой целенаправленное и систематическое изучение действий, поступков, поведения в целом, отношения к учебной деятельности и различным явлениям окружающей действительности с целью обнаружения, регистрации и анализа тех фактов, которые могут характеризовать личностные качества учащихся и их актуальные состояния. Это изучение объекта в ситуации деятельности. Преимуществами метода являются:

- непосредственное восприятие поведения учащихся и студентов в реальном времени, оперативность получения информации;
- объективность и конкретность данных, единство эмоционального и рационального в восприятии действий и поступков;
- возможность более точного выявления причин неблагоприятных психических состояний обучающихся и др.

К процессу наблюдения необходимо привлекать весь персонал учебного заведения, а также школьный и студенческий актив, имеющий контакты с наблюдаемым учащимся.

Метод «Незаконченные предложения»

Метод «Незаконченные предложения» Д. М. Сакса и В. Леви, разработанный в 1950 году, относится к проективным психологическим методикам. Методика предназначена для исследования особенностей социально-психологической адаптации и личностных установок в важнейших сферах социальных взаимодействий человека, а также позволяет выявлять области его конфликтных (кризисных) отношений. Адаптация теста на русском языке проводилась Г. Г. Румянцевым в 1969 году. Апробация в клинических условиях показала ее достаточно высокую диагностическую ценность.

В основе проективной методики «Незаконченные предложения» лежит открытый К. Г. Юнгом феномен возможности при помощи косвенных воздействий вызывать реакции, раскрывающие неосознаваемые, но значимые для человека области переживаний и поведения. Наиболее существенным фактором является неопределенность стимула, с помощью которого проецируются индивидуальные психологические особенности личности. Предполагается, что стимул срабатывает как своего рода экран, на который человек проецирует характерные для него отношения, мотивы и потребности.

Методика включает в себя 60 незаконченных предложений. Обследуемому предлагают их закончить. Продолжения, внесенные обследуемым, регламентированы и зависят от содержания начала фразы. Они разделены на 15 групп по 4 предложения в каждой, характеризующих в той или иной мере систему отношений обследуемого к семье, к представителям своего или противоположного пола, к половой жизни, к учителям (педагогам) и т.д. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым страхам и опасениям, к имеющемуся чувству вины, свидетельствуют об отношении испытуемого к прошлому и будущему, затрагивают сферу взаимоотношений с родителями и друзьями, жизненные цели. Шкалы: отношение к себе; страхи; вина; секс; мать; отец; семья; противоположный пол; товарищи; коллеги; руководство; подчиненные; прошлое; будущее; цели. Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную для испытуемого. Полученные данные подвергаются качественной и количественной обработке.

Шкала депрессии Бека

Шкала депрессии разработана А. Т. Беком в 1961 году и до настоящего времени широко применяется в клинико-психологических исследованиях. Методика предназначена для выявления наличия и степени выраженности депрессивного состояния.

А. Т. Бек на основе клинических наблюдений выявил ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб: грусть (sadness), пессимизм (pessimism), чувство провала (sense of failure), неудовлетворенность (dissatisfaction), вина (guilt), чувство кары (sense of punishment), неприязнь к себе (self-dislike), самообвинения (self-accusations), суицидальные мысли (suicidal ideation), периоды плача (crying spells), раздражительность (irritability), уход от контактов с другими (social withdrawal), нерешительность (indecision), искаженный образ тела (distorted body image), застой в работе (work inhibition), нарушение сна (sleep disturbance), быстрая утомляемость (fatigability), потеря аппетита (loss of appetite), потеря веса (weight loss), озабоченность соматическими симптомами (somatic preoccupation) и утрата либидо (loss of libido). Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Результаты теста интерпретируются следующим образом:

0-9 — отсутствие депрессивных симптомов

10-15 — легкая депрессия (субдепрессия)

16-19 — умеренная депрессия

20-29 — выраженная депрессия (средней тяжести)

30-63 — тяжелая депрессия

Точность методики в выявлении депрессии подтверждена многочисленными испытаниями.

Постановка задач диагностики факторов суицидального риска предполагает в результате не просто описательную характеристику особенностей кризисной и / или дезадаптированной личности на момент обследования, но и прогноз его поведения, прогноз суицидоопасного развития дезадаптивных и / или кризисных состояний.

Методика расчета значений дискриминантной функции для выявления суицидоопасного развития социально-психологической дезадаптации

Методика расчета значений дискриминантной функции для выявления суицидоопасного развития социально-психологической дезадаптации представляет собой формулу, по которой производится расчет значений дискриминантной функции на основе результатов диагностики по методикам: «Шкала депрессии Бека» и «Незаконченные предложения». Результаты диагностики используются для подстановки в формулу при вычислении

значения дискриминантной функции. Результатом использования дискриминантного анализа является возможность прогнозирования возникновения суицидальной тенденции в состоянии социально-психологической дезадаптации с достаточно высокой точностью, равной 82,3%. Заключение о суицидоопасном развитии социально-психологической дезадаптации в условиях личностного кризиса следует делать при получении значений дискриминантной функции $ZDF \geq 1,494$.

Тест «СР – 45»

Тест «СР – 45» является авторской разработкой П. И. Юнацкевича. Методика предназначена для выявления склонности к суицидальным реакциям и степени выраженности суицидального риска. Вопросы и утверждения теста являются адекватными суицидальным проявлениям. Использование данных вопросов и утверждений позволяет при проведении обследования выявлять лиц, имеющих склонность к суицидальным реакциям, и формировать из них группу риска.

Обследуемому предлагается ответить на 45 вопросов. Ответы фиксируются на бланке, используемом при обследовании, с индексацией «да», если ответ положительный, и «нет», если ответ отрицательный. Подсчитывается количество совпадений с «ключом». При интерпретации полученных данных следует учитывать, что методика констатирует лишь начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования. При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования эта склонность может развиваться.

Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (35):

$$Sr = N/35 + 0,07,$$

где N – количество совпадений с «ключом».

Искренность (ложь) оценивается по формуле:

$$L = N/10 \pm 0,16 \quad L < 0,6 \pm 0,16 \text{ – принимается, при } L > 0,7 \text{ – не искренние}$$

ответы

Уровень оценки Sr	Уровень проявления	Балл
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	Высокий	1

У обследуемых, получивших балл:

- «5» – склонность к суицидальным не проявляется;
- «4» – может возникнуть суицидальная реакция только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики;
- «3» – потенциал склонности к суицидальным реакциям не отличается высокой устойчивостью;

- «2» – обследуемые относятся к группе риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям. При испытывании затруднений они могут реализовать саморазрушающее поведение;
- «1» – обследуемые обладают очень высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям, нуждаются в помощи.

Показатели, полученные по этой методике, могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком уровне склонности к суицидальным реакциям, близкие к 0 – о низком уровне и относительно надежной при условии ($L < 0,6 \pm 0,16$) достоверности результатов.

Личностный профиль кризиса

Методика разработана А. А. Урбановичем на основе результатов многолетних исследований кризисных состояний у молодых людей. Методика позволяет определить степень выраженности и особенности (личностный профиль) переживания личностного кризиса.

Теоретической основой данной методики является положение о комплексном характере переживания кризиса, затрагивающего, как правило, следующие сферы:

- функциональные проблемы (нарушения функционирования вегетативной системы, сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, проблемы со сном);
- нарушения познавательно-аналитической деятельности (внимания, восприятия, мышления, памяти и др.);
- нарушения эмоционального реагирования (тревога, генерализованные эмоциональные реакции – гнев, стыд, вина, либо эмоциональная тупость, либо слабодушие, повышенная эмоциональность);
- депрессивное настроение;
- перемены в поведении и деятельности (проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей, либо попытки уйти от проблемы, либо поглощенность проблемой и др.).

Обработка результатов: каждый утвердительный ответ оценивается в один балл. Подсчет баллов производится в соответствии с «ключом». Максимальное количество баллов по каждой шкале – 12. После получения результатов строится графический профиль.

Методика расчета значений дискриминантной функции для определения суицидального риска

Методика расчета значений дискриминантной функции для определения уровня суицидального риска представляет собой формулу, по которой производится расчет значений дискриминантной функции на основе результатов диагностики по методикам: «Как вы разрешаете эти трудности», опросник депрессии Бека, «Незаконченные предложения», «Личностный профиль кризиса». Результаты диагностики используются для подстановки в формулу при вычислении значения дискриминантной функции.

Результатом использования дискриминантного анализа является возможность прогнозирования суицидального поведения в кризисной ситуации с достаточно высокой точностью, равной 93,3%. По распределению значений дискриминантной функции возможно принятие прогноза о развитии суицидального риска у молодого человека в кризисной ситуации. При этом для значений дискриминантной функции $ЗДФ \geq 3,61$ делается заключение о наличии высокого суицидального риска.

Таким образом, предлагаемый комплекс психодиагностических процедур дает достаточно полную картину личности и состояний молодого человека, находящегося в кризисном суицидоопасном состоянии. Это позволяет своевременно и дифференцированно подходить к осуществлению коррекционных мероприятий, оказанию психологической помощи и поддержки, целью которых является восстановление адаптивных возможностей личности, оперативная коррекция суицидальных тенденций и выработка новых эффективных механизмов адаптации в окружающей социальной среде.

Аутоагрессивные проявления могут наблюдаться уже на начальных этапах кризисных состояний непосредственно после психотравмирующего события. Вследствие чего для предотвращения попытки к самоубийству необходимо ранняя коррекция кризисных переживаний, когда у молодого человека максимально выражена потребность в психологической помощи и поддержке. На основе полученных результатов в комплексном психодиагностическом исследовании можно составить и провести индивидуальный курс психокоррекции, соответствующий особенностям его личностной сферы и суицидоопасным переживаниям. Психологическая коррекция суицидоопасного состояния должна быть направлена преимущественно на преодоление переживания безнадежности, изменение суицидогенных установок и неадаптивного стиля поведения, развитие способностей решению проблем.

Индивидуальная беседа (коррекционная)

Индивидуальная коррекционная беседа – метод рационально-когнитивной психотерапии, являющийся одним из основных в деятельности психологов по коррекции суицидоопасных кризисных состояний. Основными задачами индивидуальной коррекционной беседы являются:

- компенсирование аффективных нарушений;
- коррекция самооотношения;
- совместная выработка адекватных мотивационно-поведенческих моделей реагирования в сложившейся жизненной ситуации.

Индивидуальная коррекционная беседа условно структурируется в четырехэтапную модель коррекционного воздействия, где каждый этап имеет свои специфические цели и приемы. Анализ источников по коррекции кризисных состояний у лиц с высокой степенью выраженности суицидального риска показал, что предлагаемые авторами варианты коррекционных бесед имеют общий для них алгоритм: установление эмоционального контакта,

взаимоотношений сопереживающего партнерства – выявление источников конфликта, установление последовательности событий, изменение отношения к проблеме – совместный поиск адекватных способов решения проблемы – выработка плана действий и определение ближайших жизненных перспектив. Этим определился выбор модели коррекционной беседы. Процесс беседы и выбор приемов коррекционного воздействия основывается на имеемой у организатора беседы информации об индивидуально-личностных особенностях, характере и глубине аффективных переживаний потенциального суицидента.

Специфической особенностью применения этого метода является то, что коррекционные беседы в данном случае должны продолжаться до тех пор, пока организатор не почувствует уверенность, что его доводы приняты, а у потенциального суицидента изменилось отношение к себе и сложившейся ситуации.

Интеграция теоретических и практических достижений психологии в деятельности современного психолога (социального педагога) позволяет углубленно интерпретировать результаты диагностики, достаточно точно прогнозировать поведение, и, следовательно, разрабатывать мероприятия превентивной коррекции и / или последующей реабилитации. Правильная и глубокая диагностика в исследовании кризисного состояния – условие успешных и эффективных мер социально-психологической профилактики суицидоопасных кризисных состояний, позитивной реадaptации личности в системе социальных взаимодействий.

Таким образом, система диагностико-коррекционной деятельности с дезадаптированной, кризисной, суицидоопасной личностью, представляет собой структурно-логическую модель взаимосвязанных компонентов (принципов, целей, задач, методов и методик психодиагностических и психокоррекционных процедур, сил и средств), приведение которой в соответствие с логикой развития кризисных и дезадаптивных состояний обеспечивает повышение качества работы с личностью в интересах предупреждения и профилактики суицидального поведения.

3.3. Организация профилактики суицидального поведения в учреждении образования

Проблема самоубийства имеет комплексный характер. Суицидальное поведение как явление формирует множество различных неблагоприятных факторов, во многом уже известных в суицидологии. Они имеют как собственно психологическое, так и социальное содержание. В вопросах профилактики суицидального поведения представляется значимым не допустить катализирующего влияния экстремальных для личности ситуаций на интеграцию макро-, микросоциальных и личностных факторов в суицидоопасное состояние. Особое значение здесь имеет своевременное их выявление и оперативное вмешательство в процесс их интеграции.

Успеху профилактики могут способствовать только те факторы и признаки, которые имеют прогностическое значение в определении наличия и степени риска суицидального поведения (суицидального риска). В условиях переживания личностью кризиса они могут актуализироваться и складываться во вполне определенную систему достаточно различных признаков. Эта система по своей сути для каждого случая суицидоопасного развития кризисных состояний неповторима и является индивидуально-личностной по своей факторной представленности в картине переживаний. Знание социальных и психологических предвестников суицида поможет понять состояние молодого человека, степень суицидального риска и обеспечить своевременную помощь.

Предиспонирующие факторы риска суицидального поведения описывают «портрет» среднестатистического суицидента и не учитывают особенностей каждого конкретного человека и его ситуации, то есть они являются *относительными предикторами* суицидального поведения. Иными словами, суицид может произойти и при отсутствии даже нескольких предикторов. Тем не менее, сочетание уже нескольких факторов риска считается основанием для более пристального внимания к обучающемуся.

В суицидальном поведении различных возрастных категорий отчетливо обнаруживаются различия в соотношении значимости перечисленных ранее групп факторов (макросоциальных, микросоциальных и личностных) и их влиянии на формирование и развитие суицидальной тенденции, обусловленные возрастными особенностями и социальными ролями. Анализ источников по суицидальной проблематике и результатов эмпирических исследований показал, что для молодых людей до 30 лет наиболее значимыми выступают *личностные* факторы.

Социально-психологическая проблематика диагностики суицидального риска и профилактики суицидоопасных кризисных состояний представлена следующими ключевыми проблемами: *личностные особенности* (предиспонирующие факторы), снижающие адаптационные возможности и повышающие предрасположенность к суицидоопасным психическим реакциям; *суицидальный риск* и *динамическая характеристика его*

факторов; суцидодогенные конфликты; поведение в кризисной ситуации.

Для ранней превенции суцидального поведения все формы суцидальной активности с точки зрения их суцидальной опасности равнозначны, так как суицид имеет феноменологическую природу. Чем раньше признаки суцидальных тенденций будут обнаружены и компенсированы, тем меньше вероятность суцидального поведения и рецидива суцидоопасных состояний в будущем. Однако в настоящее время возможности данной методологической позиции в профилактической деятельности реализованы далеко не полностью, т. к. остается не задействованным огромный потенциал ранней превенции (педагоги, психологи, специалисты по социальной работе, медперсонал непсихиатрического профиля и др.). Наряду с этим, большинство перечисленных специалистов считают себя неготовыми заниматься профилактикой суцидального поведения, а многие относят ее к сфере узкоспециализированных отраслей медицины. На наш взгляд, это вызвано следующими причинами:

- отсутствием в обществе единой нравственно-этической позиции по отношению к суициду и суициденту;
- специфичностью для многих специалистов из различных сфер социальной деятельности проблемы смерти и саморазрушения;
- отсутствием понимания причинно-следственных факторов и механизмов формирования и развития суцидальной тенденции;
- незнанием специфики внешних проявлений суцидоопасных состояний и переживаний;
- отсутствием системности, оперативности и гибкости в своевременном выявлении и предупреждении развития негативных психических состояний, влекущих суцидальные действия.
- децентрализацией профилактической деятельности.

К сожалению, знания о самоубийстве среди населения являются недостаточными. Сознание многих людей заполнено заблуждениями и предрассудками о самоубийстве, которые мешают адекватным действиям при выявлении суцидального риска и не позволяют принимать необходимые меры в отношении суицидента.

Предрассудки и заблуждения в отношении суцидального поведения:

1. Предрассудок: *Большинство самоубийств совершается почти или совсем без предупреждения.*

Заблуждение: *Поскольку о самоубийстве заранее никому неизвестно, то и невозможно ничего предпринять для его предотвращения.*

Факт: *Большинство людей подают предупреждающие сигналы о своих реакциях или чувствах из-за событий, подталкивающих к самоубийству. Эти сигналы (или призывы о помощи) могут подаваться человеком в форме прямых высказываний, физических (телесных) признаков, эмоциональных реакций или поведенческих проявлений. Они сообщают о возможности выбора самоубийства как средства избавления от боли, снижения напряжения, сохранения контроля или преодоления утраты.*

2. Предрассудок: *Не следует говорить о самоубийстве с человеком, подверженным, по вашему мнению, его риску, поскольку можно подать ему идею о совершении этого действия.*

Заблуждение: Лучше всего просто полностью избегать этой темы.

Факт: Согласно выводов ВОЗ, беседа о самоубийстве не порождает и не увеличивает риска его совершения. Напротив, она снижает его. Лучший способ выявления суицидальных намерений – прямой вопрос о них в ситуации доверительного общения. Открытый разговор с выражением искренней заботы и беспокойства, вызванного наличием у человека мыслей о самоубийстве, является для него источником облегчения и нередко одним из ключевых элементов в предотвращении непосредственной опасности самоубийства. Избегание в беседе этой темы может стать дополнительной причиной для сведения счетов с жизнью. Риск увеличивается, поскольку, попытавшись обсудить эту тему с одним собеседником и получив отказ, человек почувствует себя еще более одиноким, и проявит в последующем еще меньше энергии в поисках другого человека, способного ему помочь.

3. Предрассудок: *Если человек говорит о самоубийстве, то он его не совершит.*

Заблуждение: Лучше не обращать на это внимание.

Факт: Люди, сводящие счеты с жизнью, обычно перед этим прямо или косвенно дают знать кому-нибудь о своих намерениях. Четверо из пяти людей, намеревающихся покончить с собой, перед смертью в той или иной форме говорят об этом желании с другим человеком. Отказ от серьезного отношения и участия в этих разговорах способствует наступлению смерти от самоубийства.

4. Предрассудок: *Суицидальные попытки, не приводящие к смерти, являются лишь формой поведения, направленной на привлечение внимания.*

Заблуждение: Подобное поведение достойно игнорирования или наказания.

Факт: Суицидальные формы поведения или «демонстративные» действия некоторых людей представляют собой призыв или просьбу о помощи, посылаемую другим людям. Если никто не откликнется, то очень легко происходит переход от отчаянного крика о помощи к выводу, что никто уже никогда не поможет – и, соответственно, от отсутствия серьезных намерений умереть, к отчетливому стремлению покончить собой. Наказание за суицидальное поведение и его оценка как «недостойного» способа призыва о помощи может привести к чрезвычайно опасным последствиям. Наказание нередко производит действие, противоположное желаемому. Оказание помощи в разрешении проблем, установление контакта является эффективным методом предотвращения суицидальных форм поведения.

5. Предрассудок: *Самоубийца определенно желает умереть.*

Заблуждение: Нет никакого смысла в оказании помощи, он будет неоднократно предпринимать попытки, пока не совершит самоубийство.

Факт: Намерения большинства суицидентов остаются двойственными вплоть до момента наступления смерти. Очень немногие сохраняют уверенность в своих желаниях или однозначном решении покончить с жизнью. Большинство людей являются открытыми для помощи других, даже если она навязывается им помимо воли. Преобладающее большинство лиц, обнаруживавших суицидальные тенденции в то или иное время своей жизни, находят способ продолжения жизни.

6. Предрассудок: Те, кто кончают с собой, психически больны.

Заблуждение: Душевнобольным никто, кроме врача не сможет помочь.

Факт: Действительно, наличие психического заболевания является фактором высокого риска самоубийства. Но примерно 70 – 80 % суицидентов не страдают никаким психическим заболеванием. В их жизни это временная ситуация, из которой они не видят иного выхода.

7. Предрассудок: Если человек однажды предпримет суицидальную попытку, то он больше ее уже не повторит.

Заблуждение: Сама совершенная попытка предотвращает возможность дальнейших суицидальных действий.

Факт: Хотя многие люди, совершившие суицидальную попытку, обычно в дальнейшем не прибегают к столь крайней форме решения жизненных проблем, однако отдельные из них повторяют эти попытки. Частота самоубийств у лиц, ранее совершавших суицидальные попытки, в 40 раз выше, чем среди других людей.

8. Предрассудок: *Употребление алкоголя и наркотиков снижает остроту желания уйти из жизни.*

Заблуждение: Алкоголь и наркотики помогают забыть о проблемах.

Факт: Злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами относится к факторам суицидального риска. Алкоголизм и наркомания являются психологическими аналогами суицидального поведения. Зависимость от алкоголя и наркотиков является фактором риска суицидального поведения. Пьянство и наркотики, особенно, в состоянии отмены, могут существенно способствовать сведению счетов с жизнью.

9. Предрассудок: *Самоубийство представляет собой чрезвычайно сложное явление, помочь самоубийцам могут только профессионалы.*

Заблуждение: Никто, кроме специалиста не сможет помочь потенциальному суициденту. Эти люди нуждаются в помощи, которую не посвященный человек оказать не сможет.

Факт: Причин суицидального поведения так же много, как и людей, которые к нему прибегают. Действительно, поиск общих закономерностей, применимых ко всем людям, показывает, что суицид – чрезвычайно сложно понять. Вместе с тем, понимание и реагирование на риск суицидального поведения у конкретного человека не требует глубоких познаний в области психологии или медицины. Требуется лишь внимание к тому, что человек говорит, и сочувствие. **Принятие этого всерьез.** Оказание психологической поддержки и обращение за соответствующей помощью. Многие люди

погибают в результате самоубийства лишь потому, что им не была предложена или оказалась недоступной неотложная первая помощь и поддержка.

10. Предрассудок: *Если у человека имеется склонность к самоубийству, то она останется у него навсегда.*

Заблуждение: Нет способа, позволяющего искоренить суицидальные тенденции, и не стоит надеяться, что человек, совершивший суицидальную попытку, после оказания ему помощи и поддержки застрахован от рецидива суицидальных намерений.

Факт. Большинство суицидальных кризисов являются преходящими и устраняются при соответствующей помощи. После получения профессиональной помощи человек чаще всего способен возобновить свою обычную жизнь деятельность. Однако если психологическая травматизация продолжается, а помощь не оказывается, то риск суицидального поведения сохраняется.

11. Предрассудок: Самоубийство – явление наследуемое.

Заблуждение: Значит, оно фатально, и ничем нельзя помочь.

Факт: Во-первых, это пока не доказано. И, во-вторых, наличие некоторой какой-либо генетической основы не означает, что человеку в современном цивилизованном обществе нельзя оказать реальную помощь, даже если это нужно делать неоднократно.

Выводы, полученные в результате эмпирических исследований (Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков и др., 2010 – 2011 г. г.) позволили уточнить и конкретизировать диагностически значимые факторы, детерминирующие суицидальный риск у молодых людей, и основные направления деятельности по профилактике суицидального поведения в учреждениях образования Республики Беларусь. Предупреждение самоубийств возможно, однако для его осуществления необходим ряд мер, связанных с совершенствованием оказания психолого-педагогической помощи и координацией системы взаимодействия специалистов. Профилактика суицидального поведения учащихся и студентов в учреждениях образования должна строиться как система при неукоснительном соблюдении следующих *организационных* принципов:

- **выявительный** (в отличие от заявительного) – непрерывный мониторинг социально-психологического и психолого-педагогического статуса, актуального психического состояния обучающихся, так как прямое обращение за помощью со стороны многих из них в случае возникновения суицидальной тенденции – явление редкое;

- **ранней превенции** – сосредоточение усилий на предотвращении самой возможности социально-психологической дезадаптации и острых кризисных состояний, оперативное реагирование на переживание неблагоприятия у учащихся и студентов;

- **системного (комплексного) подхода** (в узком смысле) – стремление к целостному изучению личности учащихся в структуре их отношений с

окружающими, к системной организации (непрерывности, структурированности, целенаправленности, иерархизированности элементов, ресурсности, перспективности) психолого-педагогического сопровождения их учебной деятельности.

Предупреждение кризисных и суицидоопасных состояний у учащихся и студентов в учреждениях образования достигается путем последовательного и систематизированного решения следующих *задач*:

- создание системы психолого-педагогического сопровождения обучающихся в воспитательно-образовательном процессе учебного заведения с целью непрерывного мониторинга и коррекции неблагоприятных психических состояний;

- изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого обучающегося с целью своевременного предупреждения и эффективного решения проблем, возникающих в общении со сверстниками, личностном развитии и обучении;

- оперативное выявление фактов семейного неблагополучия обучающихся;

- выявление обучающихся с признаками острого психологического кризиса, нуждающихся в оказании экстренной помощи, а также поддержке, защите и обеспечении безопасности;

- введение в систему внеучебной (воспитательной) работы мероприятий, прививающих морально-нравственные ценности и нормы поведения, милосердие, понимание и терпимость в отношениях с людьми;

- формирование у обучающихся позитивного образа «Я», понимания уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и личности других людей;

- обеспечение социально-психологической реадaptации обучающегося, совершившего суицидальную попытку;

- просвещение и обучение специалистов психолого-педагогического профиля по предупреждению суицидоопасного развития кризисных состояний, систематическая консультативная работа с родителями;

- тесное взаимодействие с различными государственными органами (учреждениями) и общественными организациями для оказания помощи и защиты законных прав и интересов обучающихся.

Основные направления деятельности:

1) Работа по изучению личностных особенностей обучающихся.

2) Установление тесных доверительных отношений с обучающимися из «групп социально-психологической опеки» и «групп риска», индивидуализированное психолого-педагогическое сопровождение их учебной деятельности.

3) Работа по выявлению у обучающихся состояния социально-психологической дезадаптации, кризисных и суицидоопасных состояний.

4) Коррекционная работа с обучающимися, имеющими признаки суицидоопасного развития социально-психологической дезадаптации и

кризисных состояний.

5) Работа с обучающимися, нуждающимися в экстренной психологической (психотерапевтической) помощи.

6) Реадаптация учащихся (студентов), совершивших суицидальную попытку.

7) Работа по психологическому просвещению (обучению) с педагогами, родителями, учащимися и студентами.

Лучшим из всех возможных подходов суицидальной превенции, осуществляемым на базе учебных заведений, является скоординированная системная работа, проводимая совместно администрацией, педагогами, психологами и медицинским персоналом в тесном сотрудничестве с соответствующими местными службами и ведомствами. Координирующую и регулирующую функцию в этом процессе должен взять на себя заместитель руководителя учебного заведения по воспитательной работе.

Работа по профилактике суицидального поведения учащихся и студентов в учреждении образования имеет 4 уровня и осуществляется согласно следующей модели:

Общая профилактика осуществляется *постоянно, со всеми обучающимися*. Включает в себя изучение личностных особенностей, формирование установок на здоровый образ жизни и благоприятного социально-психологического климата в учебных коллективах, поддержание нравственного и психического здоровья, развитие и стимулирование адаптационных возможностей у обучающихся.

Первичная профилактика осуществляется *систематически с обучающимися из групп социально-психологической опеки и групп риска*. Включает в себя: выявление обучающихся, которых по своим личностным особенностям можно отнести к «группе риска»; оказание им помощи в адаптации к учебному процессу, формировании адекватного позитивного образа Я; профилактические индивидуальные беседы; своевременное разрешение конфликтных ситуаций; взаимодействие с родителями; выявление обучающихся, нуждающихся в психологической помощи и поддержке, и психолого-педагогическая коррекция их состояния.

Вторичная профилактика проводится *по факту, индивидуально*. При обнаружении суицидоопасного развития социально-психологической дезадаптации, кризисного состояния и высокого суицидального риска осуществляется в виде обеспечения безопасности обучающегося, оказания экстренной психологической помощи с привлечением специалистов в этой области, тесного взаимодействия с родителями

Третичная профилактика осуществляется *систематически, индивидуально*. Заключается в деятельности по реадаптации и ресоциализации обучающегося, совершившего суицидальную попытку, устранению последствий и уменьшению вероятности рецидива.

Профилактика суицидального поведения должна строиться как система, включающая в себя превентивные меры и мероприятия по

выявлению и немедленной психолого-педагогической коррекции неблагоприятного развития кризисных состояний. Значимым исходным моментом в этой работе является наличие сведений о личностных особенностях (адаптационных возможностях) подростков и юношей (девушек), особенностях семьи, биографических данных и данных о состоянии их здоровья.

Работа по изучению личностных особенностей обучающихся.

Для выявления низких адаптационных возможностей желательно провести тестовую диагностику открытого типа среди всех учащихся и студентов с целью определения у них ведущих стратегий преодоления жизненных трудностей (копинг-стратегий) и акцентуаций характера. Данное обследование можно провести с помощью *методики «Как Вы разрешаете эти трудности» Е. Хейма, адаптированной Л. И. Вассерманом* (Приложение 1), и *личностного опросника Г. Шмишека* (Приложение 2) или *патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А. Е. Личко* (Приложение 3).

При этом особое внимание необходимо обратить на следующие показатели:

а) акцентуации характера (*возбудимый, демонстративный, педантический, аффективно-экзальтированный, эмотивный, циклотимический, дистимический, тревожный* типы – по К. Леонгарду; *циклоидная, эмоционально-лабильная, сенситивная, эпилептоидная и истероидная* акцентуации – по А. Е. Личко);

б) неадаптивные копинг-стратегии: слабая выраженность конструктивной активности; растерянность, низкий уровень оптимизма; отсутствие навыков сохранения самообладания; неспособность найти помощь и поддержку у окружающих людей; отсутствие навыков активного избегания, отступление и изоляция; покорность, безнадежность, фатализм; отсутствие религиозности.

Для определения точности выводов о копинг-стратегиях, снижающих адаптационные возможности и повышающих степень суицидального риска, результаты теста «Как Вы разрешаете эти трудности» Е. Хейма можно обработать путем выявления *значения дискриминантной функции* (Приложение 4).

Высокое прогностическое значение имеют также следующие predisponирующие факторы и их комбинации в личности обучающегося:

Психологические и психофизиологические:

- эмоциональная неустойчивость, раздражительность, восприимчивость и ранимость, впечатлительность (нервно-психическую неустойчивость можно диагностировать с помощью *методики определения нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе «Прогноз»* (Приложение 5));

- выраженная тревожность (можно диагностировать с помощью *Теста измерения тревожности Спилбергера – Ханина* (Приложение 6));

- высокая степень импульсивности (можно диагностировать с помощью *Теста измерения импульсивности В. А. Лосенкова* (Приложение 7));
- ригидность мышления, эмоциональных состояний и стиля преодоления трудностей;
- инфантильность, недостаточная способность самостоятельного преодоления трудных или проблемных жизненных ситуаций;
- легко возникающее чувство разочарования, склонность по малозначительному поводу впадать в отчаяние;
- неспособность реальной оценки действительности, тенденция «жить в мире иллюзий и фантазий»;
- низкий уровень самооценки, чувство неполноценности и неуверенности в себе;
- негативная Я-концепция, противоречия между «Я-реальным» и «Я-идеальным»;
- робость и застенчивость, болезненное реагирование на грубость и бестактность;
- интравертированность и отчужденность, закрытость для других людей, стремление к уединению, коммуникативные трудности и, особенно, нарушения;
- пессимистический взгляд на жизненные перспективы;
- неадекватная личностным возможностям завышенная самооценка;
- высокая конфликтность в отношениях с окружающими;
- неразвитая способность к рефлексии, неумение понимать других людей;
- низкий социальный статус в коллективе;
- интеллектуальная незрелость, максимализм, категоричность и поверхностность суждений, резкость оценок, преобладание формально-логического типа мышления;
- преобладание примитивных, гипореактивных или конфликтных моделей поведения;
- незрелость и противоречивость системы ценностных ориентаций (можно диагностировать с помощью *методики «Ценностные ориентации» М. Рокича* (Приложение 8));
- эмоциональная незрелость, склонность к эмоциональной зависимости и привязанности.

Биографические:

- предшествующие суицидальные попытки (наличие в биографии факта одной или нескольких суицидальных попыток является *самым серьезным фактором* риска суицидального поведения);
- асоциальное либо антисоциальное поведение;
- отсутствие отношений с противоположным полом;
- суицидальные попытки и суициды в семье;
- психические отклонения у родителей, особенно, аффективные расстройства (депрессия) или другие психические заболевания;
- злоупотребление алкоголем, наркомания или другие виды

антисоциального поведения у членов семьи;

- насилие в семье (включая физическое и сексуальное насилие над ребенком);

- недостаток внимания и заботы со стороны родителей, невнимание к состояниям ребенка, неспособность к своевременному обнаружению проявлений стресса, нарушений эмоционального состояния ребенка и признаков негативного влияния окружающей среды;

- конфликтные отношения между членами семьи, неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем, частые ссоры между родителями, постоянное эмоциональное напряжение и высокий уровень агрессии в семье;

- отсутствие психологической гибкости и педагогического такта у родителей;

- чрезмерно высокая требовательность со стороны родителей в отношении детей. излишняя авторитарность родителей (особенно следует обращать внимание на семьи, где излишне авторитарна мама, а папа проявляет безволие и безучастность);

- потеря одного из родителей;

- неполная семья;

- склонность к экстремальным формам проведения досуга;

- членство в деятельности деструктивных религиозных сект и молодежных течений;

- социальная изоляция.

Медицинские

- заболевания с неутешительным прогнозом (онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция и СПИД, юношеский диабет, эпилепсия, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз);

- перенесенные ранее нервно-психические расстройства, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы;

- психологические и соматические последствия систематического физического, сексуального и психологического насилия в жизненном опыте до 13-15 лет;

- физические дефекты и слабое физическое развитие, частые и необоснованные обращения за медицинской помощью, симуляция болезней.

Риск суицидального поведения существенно повышен у подростков и юношей, страдающих следующими психическими расстройствами.

Депрессия

Депрессивные состояния относят к основным факторам суицидального риска. Сочетание симптомов депрессии и проявлений асоциального поведения исследователи относят к самым частым предвестникам самоубийства у подростков и юношей. Девушки в состоянии депрессии обычно замыкаются в себе, становятся молчаливыми, печальными и пассивными. В отличие от них юноши чаще проявляют склонность к разрушительному и агрессивному поведению. Агрессивность может

приводить к изоляции и одиночеству, которые сами по себе являются факторами риска суицидального поведения. В подростковом возрасте также довольно часто наблюдаются такие проявления депрессии, как снижение самооценки, уныние, нарушения внимания, повышенная утомляемость и нарушения сна. Они не представляют повода для тревоги, если не нарастают по степени тяжести и длятся непродолжительное время. Как показали результаты исследования депрессии в генезе суицидальных тенденций у студенческой молодежи (О. Е. Лазовская, 2012 г.), ее высокий уровень (показатели шкалы депрессии Бека и шкалы Гамильтона) еще не может служить основанием для определения риска суицидального поведения. Этот показатель должен учитываться в совокупности с психологическими характеристиками личности и анализом социальной ситуации.

Для психически нормальных молодых людей депрессивные состояния трактуются не в клиническом, а в психологическом понимании: *ощущение невыносимости ситуации, душевной боли, тоски, безвыходности и безнадежности, ненужности, а также чувство усталости*. Подобные состояния возникают в результате воздействия психической травмы. У тех, кто уязвим для депрессии, психические травмы являются пусковым механизмом к пессимистическому взгляду на жизнь, сосредоточенности на себе, самообвинению. В периоды депрессии молодой человек становится избирательно чувствителен к своим отрицательным качествам; он может создать персонификацию настолько ужасную, что будет пытаться ее уничтожить. При этом сам акт уничтожения в сознании суицидента является стремлением уберечь и защитить свое «истинное» Я.

Тревожные расстройства

Тревожность как личностная черта относительно независимо от депрессии повышает риск суицидального поведения, поэтому при определении суицидального риска у молодых людей следует оценивать уровень тревожности как значимый фактор.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками

Наркотики и алкоголь представляют собой относительно летальную комбинацию. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы. Злоупотребление алкоголем и наркотиками само по себе относится к саморазрушающему поведению. Поэтому в данной группе молодых людей риск суицидального поведения очень высок. По оценкам специалистов он выше, чем в общей популяции, в 15–30 раз.

Нарушения пищевого поведения

Из-за неудовлетворенности своим телосложением и внешностью многие подростки и юноши стремятся похудеть. Анорексия у девушек весьма часто сочетается с депрессией, суицидальный риск у этого контингента примерно в 20 раз выше, чем в общей популяции юношества. Мальчики также могут страдать анорексией и булимией.

Психотические расстройства

Хотя распространенность у подростков и юношей тяжелых психических расстройств, подобных шизофрении или маниакально-депрессивному психозу, является достаточно редкой, следует иметь в виду, что при этой патологии суицидальный риск очень высок.

Отклонения от полоролевых стереотипов в поведении, а также проблемы *половой идентичности, связанные с сексуальной ориентацией*, также являются факторами риска суицидального поведения. Подростки и юноши, которые оказываются в ситуации открытого отвержения своей группой, семьей, сверстниками, коллективом учебного заведения страдают от серьезной проблемы недостатка поддержки.

Суицидальный риск существенно усиливается, если у обучающегося обнаруживается представленность в определенных сочетаниях всех четырех групп predisponирующих факторов. Подобные особенности являются основанием для включения обучающегося в «группу социально-психологической опеки» или «группу риска».

Предиспонирующие факторы определяют некоторую предрасположенность к формированию суицидальной мотивации, суицидоопасный тип реагирования и неконструктивные защитные реакции в стрессовой ситуации. Влияние predisponирующих факторов на формирование суицидального мотива распространяется от снижения порога адаптационных возможностей до выбора собственно суицидальной модели поведения. Учет этих факторов в деятельности по профилактике суицидального поведения подростков и юношей позволяет своевременно и точно принимать превентивные меры при возникновении у них неблагоприятных психических состояний. Предиспонирующие факторы в профилактической работе имеют прогностическое значение, представляют собой опорные данные и выявляются с помощью психологических тестов, индивидуальных бесед с обучающимися и их родителями, изучения документов и педагогического наблюдения.

Однако точность прогноза во многом зависит не только от выявления максимального количества личностных особенностей, пока еще гипотетически обуславливающих суицидоопасные психические реакции. Суицидальная тенденция у психически нормального человека формируется, главным образом, под влиянием психических состояний (ситуационных факторов), опосредованных характером взаимодействия молодого человека с ближайшим окружением, и степени их генерализации.

Работа по выявлению кризисных и суицидоопасных состояний у обучающихся

Многие потенциальные суициденты пытаются скрыть свое кризисное состояние, поэтому важны точность предварительной психодиагностики, организация наблюдения и постоянное внимание к молодым людям, у которых выявлена та или иная комбинация predisponиционных факторов суицидального риска.

Работа по выявлению кризисных и суицидоопасных состояний заключается в регулярном сборе информации о психических состояниях учащихся (особенно из групп «социально-психологической опеки» и «групп риска»), осуществляемая педагогами-психологами учебного заведения, классными руководителями, кураторами учебных групп. Оперативную информацию можно получать из наблюдений других педагогов и преподавателей. Регулярность получения информации психологом с помощью психодиагностических методик определяется «пиками» суицидоопасных переживаний – весенний период и период экзаменационных сессий у студентов.

Психодиагностические мероприятия проводятся с целью выявления у учащихся:

- личностных кризисов и кризисных состояний;
- актуальных глубоко переживаемых конфликтов (можно диагностировать с помощью методики «Незаконченные предложения» Д. Сакса и В. Леви (Приложение 9));
- депрессивных состояний (можно диагностировать с помощью «Шкалы депрессии» А. Бека (Приложение 10))

При получении неблагоприятных результатов, отражающих наличие у учащегося депрессивного состояния (показатель по методике А. Бека от 16 и выше), конфликтов и степени их выраженности в системе значимых отношений (показатель по методике «Незаконченные предложения» Д. Сакса и В. Леви $2,8 \pm 0,3$ и выше по отдельной шкале) психолог может рассчитать глубину социально-психологической дезадаптации у конкретного молодого человека по формуле значений дискриминантной функции (Приложение 11). При неблагоприятном сочетании личностных, семейных факторов и результатов проведенной диагностики становятся очерченными границы «группы суицидального риска».

С молодыми людьми из «группы суицидального риска» психолог продолжает процедуру диагностики (диагностическая беседа, тестирование) в индивидуальном порядке. Диагностика включает в себя: уточнение некоторых фактов биографии; выявление степени удовлетворенности учащегося условиями обучения и характером взаимоотношений в коллективе сверстников и с преподавателями; определение «мишеней» для последующей коррекционной работы (как правило – конфликтных зон); определение степени суицидального риска. После установления доверительных отношений педагог (педагог-психолог) в первую очередь должен выяснить следующие значимые факторы суицидального риска:

- 1) имели ли ранее место факты суицидальных действий у обучающегося или его ближайших родственников;
- 2) возникали ли ранее суицидальные переживания и, если возникали, то по какому поводу.

Индивидуальная диагностическая беседа с представителем «группы суицидального риска» проводится в доверительной обстановке, где по

возможности также подробно выясняется наличие и характер конфликтов и травмирующих событий в личной жизни молодого человека. Составной частью диагностической беседы является диагностика семейных отношений, так как это позволяет определить в какой степени можно опираться на родителей в возможной коррекционной работе.

При этом, если юноша (девушка) сразу не готов(а) откровенно рассказывать о своих переживаниях, можно после краткого вступления предложить продолжить тестирование.

В ходе тестирования психолог выявляет следующие факторы суицидального риска:

- степень суицидального риска (можно диагностировать с помощью методики «СР-45» П. И. Юнацкевича (Приложение 12));

- степени выраженности и особенностей переживания личностного кризиса (можно диагностировать с помощью опросника «Личностный профиль кризиса» А.А.Урбановича (Приложение 13).

Несмотря на выраженную диагностическую направленность общения с учащимся, подобные беседы уже несут в себе коррекционный потенциал. Результаты тестовой диагностики используются для примерной типологизации личности потенциального суицидента, определения основных психотравмирующих сфер (суицидогенных конфликтов), выбора стиля психокоррекционной беседы. Формы и методы коррекционного воздействия в процессе беседы выбираются после уточнения причин негативных состояний, сферы и характера конфликта, отношения к нему молодого человека. Выбор форм и методов коррекционного воздействия в процессе беседы основывается на имеемой информации об индивидуально-личностных особенностях, характере и глубине аффективных переживаний.

Проведение диагностических мероприятий с применением методик: «Личностный профиль кризиса», опросника депрессии Бека, «Незаконченные предложения», «Как вы разрешаете эти трудности», «СР-45» П. И. Юнацкевича позволяет с достаточно высокой точностью прогнозировать суицидоопасное развитие кризисных состояний у молодых людей. Для определения точности выводов о степени суицидального риска результаты тестирования обрабатываются путем выявления *Значения дискриминантной функции*, где учитываются все результаты тестирования (Приложение 14). Несмотря на кажущуюся громоздкость, эти расчеты легко произвести в программе Excel.

С теми обучающимися, у кого не наблюдается явных угрожающих суицидом проявлений, профилактическая деятельность может ограничиться проявлением чуткости и внимания, мерами, стимулирующими адаптационные процессы. К ним относятся:

- регулярные индивидуальные беседы с анализом результатов учебной деятельности (без критиканства), поощрением достигнутых успехов, разъяснением системы предъявляемых требований, выяснением отношения

молодого человека к процессу обучения и одноклассникам (одногоруппникам);

- учет и реализация некоторых пожеланий обеспечения учебного процесса;

- принятие мер по профилактике конфликтов в учебных коллективах;

- налаживание связей с родителями и привлечение их к оказанию помощи в адаптации к учебному процессу.

У подростков и юношей (девушек) со склонностью к суицидоопасным переживаниям наблюдается повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям. Эта повышенная чувствительность мешает им адекватно справляться с текущими жизненными трудностями, поэтому обычно суицидальному поведению предшествуют психотравмирующие события (как правило – конфликты). В число ситуаций риска и событий, которые могут спровоцировать совершение суицидальных попыток или самоубийства, входят:

- ситуации, переживаемые как обидные, оскорбительные, несправедливые, как угроза образу «Я»;

- конфликты в семье, развод родителей;

- смерть родного или другого значимого человека;

- разрыв отношений с любимым человеком;

- нарушения дисциплины или закона;

- давление, оказываемое группой сверстников, прежде всего, связанное с подражанием саморазрушающему поведению других;

- запугивание, издевательства со стороны сверстников, длительное пребывание в роли «козла отпущения» или жертвы;

- разочарование и серьезные трудности в учебе;

- высокие требования в учебном заведении к итоговым результатам обучения (экзамены и т. д.);

- нежелательная беременность, аборт и его последствия;

- совершение в отношении молодого человека (девушки) преступных действий, связанных с физическим, сексуальным насилием или утратой имущества;

- «позорные» заболевания.

Любые неожиданные или драматические события в жизни подростка и юноши (девушки), внезапные и значительные изменения в поведении (ситуационные личностные факторы) следует принимать всерьез. К ситуационным факторам относятся:

- потеря интереса к обычной деятельности;

- внезапное снижение успеваемости;

- резкое снижение активности, безволие;

- плохое поведение, нарушения дисциплины;

- необъяснимые или частые исчезновения из дома, пропуски занятий, прогулы;

- увеличение потребления табака, алкоголя или других психоактивных

веществ;

- инциденты, приводящие к контактам с правоохранительными органами, участие в драках и беспорядках;
- интерес к теме смерти.

Перечисленные признаки характерны для обучающихся, которые, по всей видимости, переживают суицидоопасные формы социально-психологической дезадаптации, повышающие риск суицидальных действий.

Психолого-педагогическая коррекционная работа с обучающимися, имеющими признаки суицидоопасного развития кризисных состояний

Психологическая коррекция является наиболее важным звеном системы психолого-педагогической помощи лицам с суицидальным риском. Компенсирование аутодеструктивных тенденций может обеспечить комплексная социально-психологическая коррекция, интегрирующая три основных уровня общения: межличностный, личностно-групповой и социально-личностный.

Выявление обучающихся, переживающих кризис и нуждающихся в помощи, обычно не представляет особой проблемы. Гораздо труднее решить, как следует вести себя в отношении подростков и юношей (девушек) с подозрением на развитие суицидальных тенденций. С обучающимися из «группы суицидального риска» необходимо проводить специальные индивидуальные организационно-коррекционные мероприятия с привлечением психологов, педагогов, а по необходимости медперсонала.

К *организационным* мероприятиям можно отнести:

- организацию постоянного наблюдения за данными учащимися;
- перевод по возможности в другую учебную группу или класс (по просьбе и / или с согласия самого учащегося);
- временное «смягчение» требовательности педагогов к качеству подготовки к занятиям;
- встречи с родителями;
- консультации у специалистов при жалобах на здоровье.

Если у представителя «группы риска» в ходе второго этапа диагностики не были обнаружены признаки суицидального риска, то такому учащемуся оказывается психолого-педагогическая помощь в преодолении кризисного состояния или социально-психологической дезадаптации по нескольким типичным педагогическим схемам. Некоторые различия предлагаемых моделей оказания педагогической помощи обусловлены, прежде всего, яркой специфичностью личностных особенностей обучающегося (акцентуациями характера).

Для **возбудимого** (эпилептоидного) типа необходимы условия повышенного социально-педагогического контроля, доброжелательного доверия руководства отдельными коллективными делами при тактичном, но строгом педагогическом наблюдении и сотрудничестве. К наиболее предпочитаемым методам воспитательной работы с таким обучающимся можно отнести доверительные беседы – внушения, авансированные

поощрения и повседневный контроль, высокие физические нагрузки (например, вовлечение в спортивную деятельность).

Аффективно-экзальтированный тип нуждается в сочувствии и утешении, отвлечении от неприятных состояний, совместной деятельности, открывающей перспективы успеха, эмоциональной поддержке. К предпочитаемым методам воспитательной работы можно отнести убеждение, положительный пример, стимулирование адекватной самооценки, одобрение, похвалу, доверительные беседы, обучение методам саморегуляции.

Для оказания помощи и поддержки **эмотивному** типу необходимы вовлечение в активную деятельность, поручения, в которых можно добиться успехов и проявить себя, совместное обсуждение и анализ травмирующих жизненных ситуаций. Обучающийся с такой личностной особенностью нуждается в положительном примере, стимулировании уверенности в собственных возможностях и способностях, тренировке навыков общения, расширении круга общения, преодолении стеснительности и чувства неполноценности.

Для преодоления кризисного состояния или социально-психологической дезадаптации обучающемуся **астено-невротического** типа необходимы сотрудничество, ограждение от конфликтов, помощь в разрешении конфликта, эмоциональная поддержка и внушение уверенности в себе, постепенное включение в поручения, одобрение и успокоение в преодолении страхов, повышение уровня самооценки, стимулирование проявления волевых качеств, инициативы. В качестве эффективных психолого-педагогических методов рекомендуется применять внушение, индивидуальные поручения, авансированное поощрение, обучение методам саморегуляции.

Для **тревожного** типа необходимы условия доверительных отношений, сотрудничества, раскрытия творческого потенциала, стимулирования принятия самостоятельных решений и инициативы, внушения уверенности в преодолении трудностей, формирования раскованности, решительности, веры в способность добиваться поставленных целей, ориентации на достижение успеха. В качестве методов рекомендуются убеждение, поручения (упражнения), обучение методам саморегуляции.

Демонстративный тип нуждается в возможности проявить свои способности и адекватной оценке достигнутых успехов, формировании волевых качеств, адекватной самооценки и самоконтроля, стимулировании проявления товарищеских качеств и оказания помощи нуждающимся, доверительном общении с анализом истинных и ложных ценностей. Для достижения коррекционных целей можно поручить руководство делом и осуществлять контроль в доброжелательной обстановке, постепенно повышать уровень требовательности и усложнять нагрузки.

Циклотимическому типу для обретения и поддержания стабильного и комфортного психического состояния необходимы установление стабильных доверительных отношений с педагогами и сверстниками, вовлечение в

активную физическую деятельность и ограждение от повышенных психических нагрузок, творческие задания, отвлекающие от дистимических состояний и обид. В качестве методов коррекционно-педагогического воздействия рекомендуются убеждение, положительный пример, обучение методам саморегуляции.

В большинстве случаев, у подростков и юношей, переживающих кризис и/или проявляющих риск суицидального поведения, существуют проблемы общения, т.е. неспособность или невозможность обсуждения с кем-либо возникших трудных жизненных ситуаций. Первым шагом в превенции самоубийства у молодых людей с признаками суицидоопасного развития кризисных состояний всегда является доверительное общение. Беседа с молодым человеком во время суицидоопасного кризиса является необычайно важной. Очень важно также, чтобы она была адекватной складывающейся ситуации.

Если у молодого человека не наблюдается острых (явных), угрожающих суицидом проявлений, о которых речь будет идти ниже, то коррекционная работа может ограничиваться регулярными беседами с максимумом участия и расположенности. Коррекционную работу проводят педагог-психолог или подготовленный педагог (лучше тот, с кем установлены доверительные отношения). Основной формой коррекционной работы является индивидуальная беседа. К ней необходимо тщательно готовиться. В ходе подготовки изучаются сведения об обучающемся, результаты тестовой диагностики. Нужно помнить, что с такими людьми разговаривать порой очень тяжело. Организатору коррекционной беседы нужно иметь терпение и настойчивость.

Индивидуальная коррекционная беседа относится к основным видам коррекции кризисных суицидоопасных состояний. Анализ источников по коррекции кризисных состояний у лиц с высокой степенью суицидального риска показал, что предлагаемые авторами варианты коррекционных бесед имеют общий для них алгоритм: установление контакта – выявление источников переживаний и конфликта – сочувствие, эмоциональное участие и поддержка – изменение отношения к проблеме – совместный поиск адекватных способов реагирования на травмирующую ситуацию – определение жизненных перспектив (Приложение 15).

Поскольку по своей природе суицидальные намерения часто являются скрытыми, при первой беседе чрезвычайно важно установить доверительный контакт. Подростки и юноши (девушки) скорее будут взаимодействовать с заинтересованным и открытым педагогом (педагогом-психологом). Важно обеспечить конфиденциальность беседы. Сохранению контакта с молодым человеком и повышению шансов на позитивное отношение к коррекционному воздействию способствует первоначальная беседа с ним или, если возможно, его присутствие при разговоре с родителями. Подробное описание форм дальнейшей оценки состояния, способов коррекции может

повысить склонность молодого человека к оказанию ему психолого-педагогической помощи.

Для определения стратегии индивидуальной коррекционной беседы необходимо знать результаты всех предшествующих диагностических мероприятий, индивидуально-личностные особенности обучающегося и в зависимости от них формировать стиль и структуру беседы, не забывая при этом общего правила: тактичность, доброжелательность, сочувствие и терпение при любом ее развитии. Построение беседы:

1. Лица, характеризующиеся эгоцентризмом, инфантилизмом в суждениях, личностной незрелостью в морально-психологическом аспекте (порой они выявляются только в ходе беседы), отличаются податливостью в психокоррекционной работе. Стратегия: мягкое, но настойчивое убеждение в полезности рекомендаций, которые дает организатор беседы. В ходе беседы нужно дать четкий критический анализ причин и поводов психического состояния молодого человека, дезактуализировать значимость и остроту болезненных переживаний, показать относительность его восприятия своей собственной позиции. В ходе беседы необходимо использовать примеры.

2. Для лиц, характеризующихся крайней степенью негативного отношения к себе, безмерным преувеличением своей вины, самобичеванием, более всего значимо самоутверждение в кризисной ситуации. Стратегия: в беседе вспомнить подобные ситуации, когда они показали себя дееспособными, решительными, чувствовали свою правоту.

3. Лица с устойчивым депрессивным состоянием при наличии отягчающих факторов, пессимистической установкой, высказывающиеся о бессмысленности жизни, нуждаются в более пристальном контроле и многоэтапной коррекционной работе. Стратегия: попытаться убедить молодого человека в скороспелости и односторонности его взглядов и убеждений, но между тем нельзя опровергать его позиции («Я с вами согласен, но это только одна сторона...»); вызвать потенциального суицидента на подробный рассказ о своей жизни; следует больше слушать, меньше говорить; спровоцировать выход агрессивных чувств по отношению к родным и близким, к себе; в последующих беседах сделать глубокий анализ его переживаний.

4. Для таких лиц характерна ярко выраженная ригидность, а также стереотипность поведения, моральный догматизм, жесткая система ценностей. Если какая-либо из ценностей теряется, то рушится вся система. Такие молодые люди как бы «застревают» в своем аффекте. Стратегия: переключение внимания, мыслей клиента на другие вопросы, которые обладают положительной эмоциональной окраской.

5. Для этой группы потенциальных суицидентов характерны: высокий уровень демонстративности; дезадаптация, вызванная неудовлетворенностью своим положением среди сверстников; неуравновешенность; «уходы» в болезнь; лживость. Стратегия: в ходе беседы проявить сочувствие, доверие,

сопереживание; посоветовать, как можно самоутвердиться в коллективе; помочь выбрать жизненные ориентиры.

В процессе общения с потенциальным суицидентом желательно осторожно, тактично, но настойчиво выяснить весь спектр стрессогенных факторов и их значение в его жизни, особенно характер отношений с родными и близкими на момент беседы и состояние здоровья родителей и близких родственников. В ходе коррекционной беседы они все должны быть подвергнуты совместному анализу.

В индивидуальной беседе необходимо гибко использовать антисуицидальные факторы либо стимулировать их появление в сознании потенциального суицидента. Как правило, такими факторами являются:

- нереализованные планы, представление о неиспользованных возможностях;

- внимание к собственному здоровью;

- религиозность, религиозные и социальные табу, связанные с проблемой самоубийства;

- боязнь причинить душевную боль родным и близким;

- родственные обязанности;

- чувство долга, понятие чести;

- зависимость от общественного мнения;

- эмоциональная привязанность к значимым близким;

- гиперответственность;

- боязнь физического страдания и причинения себе физического ущерба;

- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства (мало кто может, как Диоген, перед смертью завещать выбросить свое тело на съедение собакам);

- неуверенность в надежности выбранного способа самоубийства (факты свидетельствуют, что преобладающее большинство способов лишения себя жизни не дают стопроцентной гарантии смерти).

Согласно статистики ВОЗ из каждых 20 попыток самоубийств достигает цели лишь одна. Если учесть, что в статистику попадают только зарегистрированные случаи, то реальная «эффективность» суицидальной попытки составляет не более 1 – 2 %. Сколько среди оставшихся 98 – 99 % после попытки самовольно уйти из жизни становится инвалидами и хронически больными людьми, статистика умалчивает. Но очевидно, что вероятность стать инвалидом после попытки самоубийства в десятки раз выше, чем вероятность умереть (Д. Г. Семеник, М. И. Хасьминский, 2010 г.).

Подростки и юноши в кризисном состоянии чрезмерно чувствительны к стилю общения с ними других людей, иными словами молодежь в состоянии суицидального кризиса особенно чувствительна не столько к тому, что говорится, но и к тому, как это говорится. Повышенная чувствительность молодого человека проявляется как в словесном, так и невербальном общении. Порой больше пользы приносит невербальная сторона общения.

Педагогов и психологов не должно обескураживать нежелание молодых людей разговаривать с ними. Они должны помнить, что установка на избегание контакта часто является признаком недоверия к взрослым.

Взрослые могут столкнуться с тем, что юноша (девушка) отвергает их помощь. На самом деле он (она) одновременно и желает, и не хочет ее. Эта амбивалентность явно отражается в их поведении, они легко переходят от обращения за помощью к ее отвержению, и окружающие могут неправильно интерпретировать их поступки. Поэтому для достижения положительного результата в беседе необходимы мягкость и настойчивость, терпение и максимальное проявление сочувствия и участия. Коррекционные беседы с данными молодыми людьми проводятся до тех пор, пока психолог или педагог не убедится в принятии потенциальным суицидентом его доводов.

Одним из компонентов суицидоопасного кризисного состояния также является представление о безвыходности ситуации и неразрешимости конфликта, создающееся в результате отсутствия информации, необходимой для разрешения проблемы. Иногда это дефицит реальный, объективный (в случае особо сложной ситуации), в других случаях – кажущийся, связанный с психическими особенностями молодого человека. Совместное нахождение путей выхода из кризиса – необходимое звено в коррекции кризисных состояний.

Наряду с индивидуальной коррекционной беседой, другим направлением коррекционной работы в этот период является оптимизация морально-психологической атмосферы в ближайшем окружении молодого человека, так как устранение поводов может иметь решающее значение в предупреждении суицида. Данное направление реализуется посредством воспитательных мероприятий, направленных на устранение стрессогенных источников вокруг личности потенциального суицидента и создание активной поддерживающей среды. К таким мероприятиям можно отнести:

- специальный инструктаж ближайшего социального окружения юноши (девушки), оказание молодым людям социальной поддержки;
- беседа с родными и близкими с просьбой оказания ему моральной поддержки;
- акцент на участие молодого человека в коллективных формах воспитательной и культурно-досуговой работы и т.д.

Для профилактики суицидального поведения в юношеском возрасте необходимо также обучение социальным навыкам и умениям преодоления возникающих трудных жизненных ситуаций. В рамках учебного заведения может проводиться социально-психологический тренинг разрешающего поведения и нахождения социальной поддержки, обучение навыкам практического применения активных стратегий решения проблем и психологическая коррекция пассивных, непродуктивных стратегий.

Нарушение взаимоотношений между человеком и его социальным окружением, затруднение межличностных коммуникаций, утрата чувства полезности, безопасности и смысла жизни приводят к кризисным

состояниям, что в сочетании с социально-психологической дезадаптацией способно спровоцировать суицидальные тенденции. Изучение личностных особенностей молодых людей с разной степенью суицидального риска показало, что у лиц с высоким суицидальным риском и парасуицидентов система социальных связей характеризуется узостью и меньшей глубиной.

Система социальных контактов человека содержит все многообразие личностных отношений, социально-психологических оценок и устремлений, обеспечивающих адаптационные процессы при взаимодействии с окружающими людьми. Она также делает возможной реализацию одной из базовых человеческих потребностей – самовыражение, самоактуализацию. Динамичность и индивидуальность функциональных особенностей системы социальных контактов создают основу индивидуально-личностного адаптационного барьера, обеспечивающего уровень стрессоустойчивости.

Многочисленные исследования отмечают прямую корреляцию между наличием социальной поддержки и здоровьем человека. Известно, что суицидальный риск является низким, если у человека налажена устойчивая, стабильная и развивающаяся система социальных контактов, то есть неплохо складываются отношения с домочадцами, родственниками, друзьями, одноклассниками и одноклассниками, которые в случае необходимости потенциально готовы оказать помощь в решении возникающих жизненных трудностей. Подобные взаимоотношения означают, что перспектива компенсации проблем, провоцирующих суицидальные тенденции, благоприятна.

Социальная поддержка признана одним из наиболее эффективных барьеров воздействию стресс- и кризис-факторов. Вот почему когда речь заходит о психологической помощи и поддержке в условиях переживания кризиса, то обычно в качестве первого шага выделяют изучение и использование возможностей сети естественной (социальной) поддержки. Помимо прямого влияния социальная поддержка может оказывать буферный эффект при возникновении разнообразных вторичных источников стресса.

Под *сетью естественной поддержки* (СЕП) понимается микросоциальное окружение, в котором человек находится постоянно и от которого он может получить основную помощь в кризисе. На основе СЕП в дальнейшем осуществляется психологическая помощь и коррекция кризисных суицидоопасных состояний. Социальная поддержка, получаемая из СЕП, может состоять из четырех основных элементов: эмоциональной помощи, практической помощи, товарищеской поддержки, а также информации и совета.

В ходе индивидуальной коррекционной беседы с потенциальным суицидентом необходимо совместно проанализировать его СЕП. Анализ СЕП предусматривает ряд последовательных операций. Сначала слева в столбик записываются имена и фамилии членов СЕП и степень их связи с молодым человеком. Записывать рекомендуется только тех, кто способен оказать в

кризисе разнообразную помощь, на кого можно положиться в трудную минуту. К числу членов СЕП можно отнести:

- членов семьи и родственников;
- друзей, с которыми он (она) часто общается;
- соседей;
- одноклассников (одногруппников), с кем часто контактирует и с кем у него близкие неформальные отношения;
- любого человека, который эмоционально значим.

Затем для каждого человека, включенного в список, отмечается буквенными инициалами тот вариант (вид) кризисной помощи и поддержки, который молодой человек может от него получить («Э» - эмоциональная поддержка; «И» - информационная помощь; «Т» - товарищеская поддержка; «П» - практическая помощь).

После этого определяется, как связаны члены СЕП между собой и какую реальную помощь можно ожидать от их совместных действий. Данный анализ, с одной стороны, позволяет психологу (педагогу) увидеть реальные ресурсы оказания психологической помощи, а с другой – осознать молодому человеку потенциал, который он не использовал в решении своих проблем.

Об успешности коррекционной работы и активизации адаптационных процессов можно судить при наличии у молодого человека таких устойчивых признаков, как:

- заинтересованность в результатах учебной деятельности;
- расширение круга общения;
- наличие целей и жизненных перспектив;
- уверенность в себе, своих силах, убежденность в способности достижения собственных целей;
- участие в общественной жизни;
- ровные отношения со сверстниками;
- отношения сотрудничества с педагогами и другими взрослыми;
- умение обращаться за помощью в сложных, трудных ситуациях;
- преобладание адекватных положительных эмоций.

Между тем, даже при видимых положительных результатах коррекционной работы, наблюдение за такими обучающимися и систематические индивидуальные беседы должны продолжаться еще достаточно продолжительное время. Не следует забывать о высокой вероятности рецидива кризисных и суицидоопасных состояний у таких молодых людей.

В вопросах профилактики кризисных и суицидоопасных состояний важным направлением работы является укрепление самоуважения и положительной самооценки обучающихся. Положительная самооценка и чувство собственного достоинства помогает подросткам и юношам избегать эмоциональных проблем и огорчений, предоставляет им возможность успешного преодоления трудных и травмирующих ситуаций в жизни.

Для выработки у обучающихся положительной самооценки и самоуважения используются различные способы. Некоторые рекомендуемые подходы:

- чаще подчеркивать все хорошее и успешное, что присуще обучающемуся, т.к. ощущение успешности, достижений в чем-либо, в том числе, прошлые успехи улучшают состояние, повышают уверенность в себе и укрепляют веру в будущее;
- не предъявлять чрезмерных требований в отношении достижения все лучших и лучших результатов (в учебе, жизни и т.д.);
- проявлять эмпатию и дружелюбие в отношениях с молодым человеком.

Кроме того, учреждения системы образования должны способствовать развитию и укреплению у обучающихся чувства идентичности.

Эффективной стратегией является обязательное обучение жизненным навыкам. Курс обучения и воспитательная работа в учебном заведении должны включать обучение навыкам оказания поддержки сверстникам и друзьям, а также умению в случае необходимости обращаться за помощью к взрослым. Подростков и юношей следует учить серьезному отношению к собственным чувствам и поощрять их к искреннему обмену переживаниями с родителями и другими взрослыми, такими как педагоги, психологи, медицинский персонал и др. Как вариант в учебном заведении под руководством психолога (а, возможно, психотерапевта) с кризисными молодыми людьми может проводиться групповая кризисная психотерапия. При невозможности или затруднениях персонала учебного заведения провести диагностику и организовать адекватную коррекционную работу, необходимо направить молодого человека к психиатру.

В профилактике суицидального поведения среди учащихся важным является не только своевременное выявление подростков и юношей с суицидальными тенденциями. Необходимо также с большим вниманием относиться к распространению в подростково-юношеской среде информации о суицидах или попытках, особенно, если они происходят в данном учебном заведении. Жесткое табуирование либо игнорирование администрацией информации о случившемся, а, порой, другая крайность – жалость либо невольная романтизация, могут вызвать плохо контролируемый эффект заражения. Суицидальный пример может охватить не только знакомых друг с другом подростков и юношей, даже совершенно чужие и никогда не встречавшие самоубийцу юноши и девушки могут имитировать его поведение и, в результате, тоже совершить самоубийство. Любой, ставший общеизвестным, факт суицидального поведения должен стать предметом взрослого, взвешенного, дозированного в информационной части, регулируемого куратором (классным руководителем) анализа и обсуждения в учебной группе (классе) с апеллированием к антисуицидальным факторам, разъяснением ценности самой жизни, формированием у обучающихся жизнеутверждающих установок.

В качестве общепрофилактических мероприятий следует также рассматривать: исключение в учебном заведении психологического и физического насилия над обучающимися; информирование о возможностях получения психологической помощи, как в учебном заведении, так и за его пределами; обеспечение надежного хранения опасных медикаментов, огнестрельного и холодного оружия, отравляющих и взрывчатых веществ.

Работа с обучающимися, нуждающимися в экстренной психологической (психотерапевтической) помощи

Наряду с имеемой информацией о «группе риска» и работой с ней, психологи и педагоги учебного заведения могут столкнуться с ситуацией, где необходимо принимать экстренные меры.

Суицидальное поведение – это последнее звено в цепи процесса дезадаптации. Важно вовремя увидеть этот процесс. В момент его кульминации также можно предотвратить суицидальный поступок, т. к. суицидальное намерение, как правило, носит ситуативный характер. В этом большое значение приобретают оперативная информация и профессиональные действия персонала учебного заведения.

Признаки, свидетельствующие о суицидальной угрозе:

1. Поведенческие

- порезы и царапины на запястьях и предплечьях, странгуляционная борозда на шее;
- любые внезапные изменения в поведении и настроении (например, несвойственная замкнутость и снижение социальной активности у общительных людей и, наоборот, возбужденное поведение и повышенная общительность у малообщительных и молчаливых);
- раздаривание дорогих вещей, раздача денег;
- приобретение средств совершения суицида;
- «шуточные» демонстрации суицидальных действий (например, появление или примеривание в кругу друзей, одноклассников (одногоруппников) с петлей на шее из провода, брючного ремня или веревки, свешивание из окна на высоком этаже и т. п.)
- рисунки на тему смерти, выраженный интерес к теме смерти;
- неадекватность поведения, опрометчивые и безрассудные поступки;
- злоупотребление алкоголем и табаком, регулярное употребление других психоактивных веществ;
- посещение врача без очевидной необходимости;
- пренебрежение внешним видом;
- резкое снижение успеваемости, прогулы занятий, частые опоздания;
- рассеянность или растерянность;
- поиск открываемых окон на верхних этажах зданий, отдаленных помещений, выходов на крыши, лестничные проемы;
- угрюмость, подавленность, апатия, замкнутость, стремление уединиться;
- стойкая тяга к прослушиванию грустной музыки и песен на тему

смерти;

- статус «изгоя» в социальном окружении;
- всякого рода приготовления к совершению суицида (например, сбор таблеток, хранение отравляющих веществ);
- высокая конфликтность;
- нарушение сна, бессонница.

2. Вербальные

- суицидальные угрозы и высказывания (прямые и косвенные) (например, «Было бы лучше умереть», «Не хочу больше жить», «Мне все надоело, больше не могу», «Я от всего устал(а)»);

- символическое прощание;
- разговоры о желании умереть;
- сообщение о конкретном плане суицида;
- сообщение о своих намерениях в письмах, дневниках, записках, SMS и т.п.;

- самообвинения;

- рассуждения о малой ценности жизни;

- высказывания, фиксированные на кризисной ситуации, состоянии здоровья;

- фиксация на примерах самоубийств, частые разговоры о самоубийствах вообще;

- уверения в беспомощности и зависимости от других.

3. Эмоциональные

- доминирование негативных эмоций;

- неустойчивость и резкие смены настроения – от безудержного веселого до угрюмого, подавленного;

- признаки депрессии;
- острые или длительные переживания психологически тяжелых ситуаций;

- переживание вины;

- переживание беспомощности и безнадежности;

- чрезмерные опасения или страхи;

- переживание одиночества;

- эмоциональная «закрытость», безучастность к окружающим людям;

- переживания, связанные с «серьезностью» либо «неизлечимостью» имеемого заболевания;

- переживание физического отставания или физических дефектов.

В любом случае данные признаки не должны игнорироваться. Их появление, особенно в совокупности, во многом свидетельствует о возникновении пресуицида (формировании намерения уйти из жизни) или высокой вероятности суицида, где необходима специализированная помощь. Такие учащиеся должны направляться к психиатру, т. к. условия в учреждении образования и возможности специалистов не позволяют оперативно компенсировать такое состояние.

И, наконец, в ситуации острого переживания кризиса, открытого заявления о нежелании жить либо демонстрации суицидальных намерений необходимы быстрые и решительные действия. В этих случаях применяется суицидальная интервенция (от лат. *inter* – между и *venire* – проходить). Суицидальная интервенция, являясь «вхождением между», представляет собой процесс предотвращения акта саморазрушения. Она заключается в индивидуальной работе с отчаявшимся молодым человеком и оказании ему экстренной помощи и поддержки в кризисе.

Суициденты имеют суженное, своеобразное туннельное сознание. Их разум из-за острых эмоциональных переживаний не в состоянии восстановить полную картину травмирующего события или масштабов травматизации, увидеть реальные пути решения проблемы. Самым эффективным способом является обращение к специалистам психологам и психотерапевтам занимающимся экстренными кризисными состояниями в специализированных центрах и медицинских учреждениях. В разговоре следует убедить молодого человека в необходимости обращения к этим специалистам безотлагательно. Такого обучающегося следует незамедлительно направить в сопровождении кого-либо из персонала учебного заведения в специализированный центр или медицинское учреждение и сообщить родителям. В последующем с родителями этого обучающегося необходимо организовать тесное общение и взаимодействие. Подобные меры многократно повышают вероятность сохранения жизни и здоровья молодому человеку.

Работа с обучающимися, совершившими суицидальную попытку.

Никакая система профилактики суицидального поведения не может полностью исключить вероятность его проявления, даже при скрупулезном выполнении всех предписанных положений. В связи с этим персонал учебного заведения должен быть готов к реадaptации молодого человека, уже совершившего суицидальную попытку, в учебном процессе и в отношениях со сверстниками. Парасуицидент возвращается в ту систему отношений, из которой он пытался себя вывести таким парадоксальным способом.

Стремление некоторых родителей избежать огласки и скрыть факт суицидальной попытки может привести к печальным последствиям. Любая суицидальная попытка требует немедленной госпитализации с прохождением курса обследования и лечения в кризисном психиатрическом отделении. После лечения парасуицидент должен находиться под наблюдением врача. По оценкам специалистов риск рецидива суицидального поведения после совершенной попытки многократно усиливается, особенно в постсуицидальном периоде.

По времени постсуицидальный период подразделяют:

- 1) ближайший постсуицид – 1-я неделя;
- 2) ранний постсуицид – до 1 месяца;
- 3) поздний постсуицид – до 5 месяцев.

По оценкам специалистов самым опасным периодом являются первые три недели после неудачной попытки.

После совершения попытки самоубийства в постсуицидальном состоянии выделяются 3 главных компонента:

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

На этом основании суицидологи выделяют 4 типа отношения парасуицидентов к происшедшему, характеризующего постсуицидальное состояние:

I. Критическое.

1. Конфликт утратил свою значимость, суицид привел к разрядке напряжения.

2. Суицидального мотива нет.

3. Отношение к совершенной попытке – чувство стыда и страха. Понимание того, что это не изменяет положения, не разрешит ситуации. Вероятность рецидива – минимальная.

II. Манипулятивное.

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

2. Суицидальных тенденций нет.

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

III. Аналитическое.

1. Конфликт по-прежнему актуален.

2. Суицидальных тенденций нет.

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

IV. Суицидально - фиксированное.

1. Конфликт актуален.

2. Суицидальные тенденции сохраняются.

3. Отношение к суициду положительное.

По результатам исследований В. А. Тихоненко и В. Е. Цупрун (1983 г.) в постсуицидальном периоде выделяют пять качественно различных уровней социально-психологической адаптации.

1. Относительная адаптация (субадаптация):

а) дезактуализация суицидального конфликта после покушения на суицид;

б) критический постсуицид;

в) наличие благоприятной почвы для антисуицидальной позиции.

2. Неполюценная адаптация с патологическими формами защиты:

а) преобладание в клинической картине невротической и невротоподобной симптоматики, выступающей в качестве своеобразного (патологического) защитного механизма;

б) критический постсуицид;

в) малая выраженность личностных изменений.

3. Неполюценная адаптация с «псевдокомпенсацией» и девиациями поведения:

а) преобладание в клинической картине психопатических и психопатоподобных расстройств, выступающих в роли «псевдокомпенсаторных» образований;

б) манипулятивный постсуицид;

в) наличие особенностей эмоциональной сферы в виде экспозивности аффективных колебаний, нарушения в сфере влечений.

4. Неустойчивая адаптация с дезадаптационными кризисами:

а) наличие в клинической картине повторяющихся аффективных приступов депрессивного характера;

б) тенденции к формам аналитического постсуицида;

в) недостаточность коммуникативной сферы личности, ранимость, непереносимость конфликтов.

5. Хроническая дезадаптация:

а) враждебность и стабильность психопатологических расстройств;

б) готовность к суицидальному реагированию, пессимистическое мировоззрение;

в) длительное существование суицидальных тенденций с позитивным отношением к суицидальной попытке.

По мере ликвидации соматических последствий суицидальной попытки в реабилитационной работе на первый план выдвигаются: ликвидация конфликтной ситуации, выработка адекватных установок, повышение толерантности к негативным психогенным влияниям, коррекция психопатологических состояний.

Чаще всего молодые люди после совершения суицидальной попытки испытывают главную проблему – проблему общения, т.е. неспособность или невозможность обсудить с кем-то возникшие проблемы. Крайне негативную роль в этом играет стигматизация (*греч.* *stigma* (клеймо, пятно) – социально-психологическая дискриминация какой-либо категории людей, навешивание социальных ярлыков). Лишь небольшое число парасуицидентов обходятся без стигмы и не страдают от клейма, оставленного суицидальной попыткой. Обычно клеймо возникает в силу распространенного отношения окружающих к суицидентам как к не совсем психически нормальным людям. Стигматизация приводит к тому, что уцелевшие, чувствуя себя «изгоями», отличающимися от других, еще больше изолируются от окружения.

Первым шагом в предупреждении рецидива всегда бывает установление доверительного общения. Страх взрослых спровоцировать суицидальное поведение разговором о самоубийстве, обсуждением

суицидальных мыслей и сигналов приводят к отсутствию эффективной коммуникации. В общении психолога (педагога) с парасуицидентом необходимо обсуждать сохраняющиеся проблемы (в том числе и проблему реагирования на них), жизненные перспективы и, в особенности, складывающиеся отношения с окружающими.

Работа по психологическому сопровождению реадaptации парасуицидента осуществляется в тесном взаимодействии с родителями. С точки зрения профилактики суицидального поведения в этом вопросе огромная роль отводится семье. Именно она в большей степени способна сформировать адекватную самооценку, построить взаимоотношения с ребенком на уважении, оказать поддержку, научить справляться с трудными ситуациями. В остальном же психологическое сопровождение парасуицидента принципиально не отличается от психологического сопровождения учащихся из «группы риска» (диагностика, организация постоянного наблюдения, периодические коррекционные беседы, тренинг и т.д.).

Работа по психологическому просвещению (обучению) с педагогами, родителями, обучающимися.

Замалчивание проблемы суицидального поведения, амбивалентность отношения к суицидальному поведению и суицидентам, попытки отгородиться от этой проблемы лишь усиливают предубеждение и укрепляют невежество, оставляя, таким образом, суицидента без помощи и поддержки в его одиночестве и борьбе с обстоятельствами. Поэтому одной из ключевых мер профилактики самоубийств среди учащейся молодежи является повышение компетентности всех педагогов, психологов и других специалистов учебных заведений. При контактах с потенциальными суицидентами педагог (психолог) должен уметь соблюдать баланс между дистанцией и близостью, между эмпатией и уважением. Способность педагога вести доверительную беседу во время суицидоопасного кризиса является особенно важным моментом его компетенций.

Многие педагоги обладают способностью к чуткому и уважительному обращению с обучающимися, испытывающими страдание и суицидальные переживания, в то время как другие этими навыками не владеют. В последнем случае их следует этим умениям обучать. Обучение специальным навыкам общения с потенциальными суицидентами должно осуществляться в рамках специальных курсов и обучающих программ по месту работы либо в учреждениях повышения квалификации, направленных на повышение у педагогов уровня осознания и понимания сущности кризисных состояний и суицидального поведения, развитие навыков их распознавания у подростков и юношей, расширение знаний о доступных видах психологической поддержки и других источниках помощи.

Обучающие программы должны включать следующую проблематику: комплексный подход к психическому здоровью (медицинский, психологический, морально-этический и социальный); стресс и его влияние

на формирование негативных эмоциональных состояний; развитие идентичности в школьном возрасте; кризисы подросткового и юношеского возраста; кризис идентичности как психологический феномен; суицидальное поведение как крайняя форма разрешения личностного кризиса; факторы риска суицидального поведения; депрессия у молодых людей; динамика формирования суицидальной тенденции; основы диагностики и профилактики личностных кризисов и суицидальных переживаний; формы и методы психологической помощи в кризисе; возможности психосоциальной работы в классе (учебной группе).

Положительную роль в профилактике суицида играет просвещение родителей о возрастных особенностях подростков, их физиологии и особенностях эмоциональной сферы, о признаках подростковой депрессии и ее особенностях, внешних проявлениях риска суицидального поведения. В учебном заведении с целью организации совместной деятельности по поддержанию психического здоровья обучающихся можно организовывать консультирование родителей. В случае же обнаружения суицидального риска у учащегося поддерживать с ними тесный контакт и координировать совместные действия.

Важным подспорьем в профилактической работе является наличие в учебных заведениях специальных методических материалов по превенции кризисных и суицидоопасных состояний, в которых ясно сформулированы цели и методы, приемы и способы этой работы, например, памятки (Приложение 16).

На всех этапах и направлениях профилактической деятельности важно: формировать и углублять убеждения молодых людей о жизни, как наивысшей ценности глобального масштаба, а жизни отдельного человека еще и как ценности, характеризующейся уникальностью и неповторимостью в прошлом, настоящем и будущем человечества; упреждать возникновение и углубление переживаний неблагополучия, брошенности, потерянности и одиночества; убеждать, что окружающие люди способны помочь и поддержать в трудные минуты жизни; разрушать представления потенциального суицидента о безысходности сложившейся жизненной ситуации и бесконечности душевных страданий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Самовольный уход из жизни до настоящего времени не имеет однозначного объяснения ни в науке, ни в обычной жизни. Остается проблемным и отношение людей к суицидальному поведению. И сегодня, несмотря на очевидные деструктивность, антигуманность и удручающую распространенность этого печального явления в жизни современных людей, можно встретить разные, порой противоречивые, точки зрения в отношении самоубийства. В современной культуре гуманистические принципы еще не везде и не во всем стали главными жизненными ценностями. Поэтому тезис философов нового времени о свободе личности распоряжаться собственной жизнью еще может будоражить умы, ищущих горизонты личностной свободы либо оправдания собственной слабости и эгоизма, людей. Границы проблемы свободы распоряжаться собственной жизнью подошли к тому пределу, за которым только хаос человеческого сознания. Понимание безграничности человеческой духовной свободы в контексте права на собственную жизнь – не для смерти, а для полноценной жизни. Право на смерть ограничивает у человека желание жить (или в крайнем случае поддерживать жизнь).

Суицид – проблема сознательного выбора. Между тем, не подлежит сомнению тот факт, что жизнь человека возникает раньше, чем его осознанное «Я», т. е. чувство независимости, самостоятельности и хозяина собственной жизни. То, на что покушается самоубийца, выходит за рамки его бытия как личности. На самом деле человек не в полной мере хозяин своей жизни, он, скорее, хозяин *своего образа жизни*, из-за которого, собственно, и возникает порой нежелание жить. Будучи хозяином своего образа жизни, человек, если он вменяем, в трудные минуты волен и может изменять его, изменять отношение к окружающему, изменять свое «Я», искать помощи у других людей, но посягать на то, что в полной мере ему не принадлежит, с позиций современной гуманистической морали, является противоестественным, признаком личностной незрелости и крайнего эгоизма. В такой глобальной системе, какой является личность человека, всегда есть огромный ресурс для самоисцеления, трансформации, роста, интеграции. Русский писатель В. Астафьев (1924 – 2001 г. г.) отмечал: «Неужели людям нужно было подняться с четырех лап на две, чтобы наложить на себя свободные руки?». Таким образом, человек обладает правом на жизнь, но право на смерть лежит за пределами его сознательного бытия.

По вполне понятным причинам суицидальное поведение подростков и юношей (девушек) не может расцениваться как глубоко продуманный и основательно мотивированный поступок. Личностная незрелость, впечатлительность и эгоизм – достаточно распространенная особенность людей этого возраста, снижающая их адаптационные возможности. Но именно эта возрастная и преходящая особенность служит наиболее

убедительным аргументом в пользу необходимости научно обоснованной, хорошо организованной и активной деятельности социальных институтов по формированию у молодых людей жизнеутверждающего мировоззрения, убеждения в неповторимой ценности каждой человеческой жизни, установок на здоровый образ жизни, оптимистической заряженности и психологической готовности к преодолению жизненных трудностей. Социальные институты, учреждения и организации также должны уделять внимание выработке мер формирования и поддержания у подростков и юношей (девушек) личностного здоровья.

Наверное, и в будущем определенные обстоятельства будут приводить некоторых молодых людей к желанию покончить с собой. Между тем это не означает, что человеку в современном цивилизованном обществе нельзя оказать реальную – социальную, психологическую или иную, – помощь, даже если это нужно делать неоднократно.

Выдающийся русский историк XIX века, академик С. М. Соловьев (1820 – 1879 г. г.) отмечал: «Можно сочувствовать самоубийце, но нельзя сочувствовать самоубийству». Проблема профилактики суицидального поведения как в обществе, так и в отдельном учебном учреждении, должна решаться путем построения системы, объединяющей меры психологического, педагогического, социального, медицинского и правового характера, с включением в нее общих и специальных мероприятий. Систематизация профилактики суицидоопасных состояний и суицидального риска позволяет уже на ранних стадиях их развития стимулировать у обучающихся адаптационные процессы, а также компенсировать суицидальные тенденции у молодых людей, уже находящихся в кризисном суицидоопасном состоянии. Учитывая феноменологию и многофакторность детерминации суицидального поведения, систематизированная профилактическая работа с обучающимися в учебных заведениях должна быть всегда актуальной.

Авторы выражают надежду, что после прочтения учебного пособия специалисты, призванные организовывать и проводить работу по профилактике суицидального поведения среди учащихся и студентов непосредственно в учреждениях образования, почувствуют большую уверенность в своих силах, пусть не со стопроцентной вероятностью, но принципиально решать данную проблему, а новички и студенты, обучающиеся по психолого-педагогическим специальностям, получат необходимые знания и методический инструментарий для обогащения своих профессиональных компетенций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Азарова, Л. А. Психология девиантного поведения / Л. А. Азарова, В. А. Сятковский. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 78 с.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства : (Руководство для врачей) / Ю. А. Александровский. - Ростов-на-Дону: изд-во "Феникс", 1997. - 576 с.
3. Амбрумова, А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидальной практике. / А. Г. Амбрумова // Научные и организационные проблемы суицидологии. / Сб. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии : М., 1983. — С.40–53.
4. Амбрумова, А. Г. Психология одиночества и суицид. / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии. / Тр. Моск. НИИ психиатрии : М., 1981. - Т. 92. - с.69–80.
5. Амбрумова, А. Г., Тихоненко, В. А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. / Тр. Моск. НИИ психиатрии. - М.: 1978. - Т. 82. - С.6–28.
6. Амбрумова, А. Г., Тройнина, Е. Г. К вопросу о саморазрушающем поведении у подростков. / А. Г. Амбрумова, Е. Г. Тройнина // Саморазрушающее поведение у подростков. / Сб. науч. тр. Ленингр. науч.-исслед. психоневролог. института им. В.М.Бехтерева : Л., 1991. - с.29–36.
7. Амбрумова, А. Г. Пути становления отечественной суицидологии. / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия : М., 1995. - № 4. - с.53–56.
8. Амбрумова, А. Г. Психология самоубийства. / А. Г. Амбрумова // Медицинская помощь : М., 1994. - № 3. с.15–19.
9. Бердяев, Н. А. О самоубийстве : психологический этюд / Н. А. Бердяев. - М.: Изд-во МГУ, 1992. - 23 с.
10. Бернацкий, В. А. Самоубийства среди воспитанников военно-учебных заведений / В. А. Бернацкий – СПб : издание журнала «Педагогический сборник», 1911. - 72 с.
11. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. - М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.
12. Бондаренко, А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика: Учебное пособие для студентов старших курсов психологических факультетов и отделений университетов / А. Ф. Бондаренко.- М.: Изд-во «Института психотерапии», 2000. – 368 с.
13. Блаженкова, Н. П. Конфликт в системе значимых отношений в динамике развития суицидального риска у молодежи / Н. П. Блаженкова // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 19 – 21 апреля 2012 г. / СПбГИПСР; редкол.: Ю. П. Платонов [и др.]. - СПб, 2012. - 778 с.

14. Бурмистрова, Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования / Е. В. Бурмистрова. - М.: МГППУ, 2006. - 96 с.
15. Бутрим, Г. А. Стратегии совладающего поведения в генезе суицидального риска у молодых людей / Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 19 – 21 апреля 2012 г. / СПбГИПСР; редкол.: Ю. П. Платонов [и др.]. - СПб, 2012. - 778 с.
16. Бутрим, Г. А. Неадаптивность копинг-стратегии как фактор суицидального риска у молодых людей / Г. А. Бутрим, А. А. Колмаков // Высшая школа. – Минск, 2012. - № 6. – с. 49 – 53.
17. Бутрым, Г. А. Сацыялізацыя асобы сучаснага школьніка: Дап. Для настаўнікаў / Г. А. Бутрым. – Минск: Беларусь, 2002. – 151 с.
18. Василевский, В. Г, Ласый, Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения / В. Г. Василевский, Е. В. Ласый. - bsmu.by/files/vm/2-2010/8.pdf
19. Василюк, Ф. Е. Психология переживания. / Ф. Е. Василюк - М. : Изд-во МГУ, 1984. - 200с.
20. Вассерман, Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. – М.: Смысл, 2005. - 310 с.
21. Войцех, В. Ф. Что мы знаем о суициде. / В. Ф. Войцех. Под редакцией профессора В. С. Ястребова. - М.: РБОО «Семья и психическое здоровье», 2007. 20 с.
22. Войцех, В. Ф., Гальцев, Е. В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи / В. Ф. Войцех , Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. М., 2009. - №2, с. 17 – 25.
23. Выход есть! Как быть, если не хочется жить / Авт.-сост.: Д. Г. Семеник, М. И. Хасьминский. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2010. – 320 с.
24. Гишинский, Я.И. Социологические и психолого - педагогические основы суицидологии: учеб. пособие для вузов / Я. И. Гишинский, П. И. Юнацкевич, В. А. Кулагин. - СПб.: РАН, 2000. - 338 с.
25. Демичев, А. В. Дискурсы смерти: Введение в философскую танатологию / А. В. Демичев. - СПб: Изд-во ИНАПРЕСС, 1997. - 144 с.
26. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд / Э. Дюркгейм; пер. с фр. с сокр. под ред. В.А. Базарова. - М. : Мысль, 1994. - 400 с.
27. Елисеев, О. П. Конструктивная типология и психодиагностика личности. / О. П. Елисеев, под ред. В.Н. Панферова. – Псков : Изд-во Псковского областного института усовершенствования учителей, 1994. – 280с.
28. Ефремов, В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб.: Издательство «Диалект», 2004. - 480 с.

29. Иванов, Н. Я., Личко, А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методическое пособие. / Н. Я. Иванов, А. Е. Личко. - otrok.ru/medbook/books/pdo.htm
30. Игумнов, С. А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков: Учебное пособие / С. А. Игумнов. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. - 112 с.
31. Игумнов, С. А. Психотерапия детей и подростков / С. А. Игумнов. – Минск : Мет, 2004. – 287 с.
32. Козлов, В. В. Работа с кризисной личностью. Методическое пособие. / В. В. Козлов. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 302 с.
33. Колмаков, А. А. Система профилактики суицидального поведения среди военнослужащих / А. А. Колмаков // Военно-психологический вестник: Информационно-методическое пособие для офицеров социально-психологической структуры Вооруженных Сил Республики Беларусь / Информ.-метод.центр ЦДО; под ред. В. А. Сероштана. – Мн., 1999.- № 2. - С.65–78.
34. Колмаков, А. А. Суицидальное поведение как социально-психологическая проблема / А. А. Колмаков // Психологія. – 2000. - № 4. – С. 52-66.
35. Колмаков, А. А. Профилактика суицидального поведения военнослужащих: методические рекомендации / А. А. Колмаков // Военно-психологический вестник: информационно-методическое пособие для офицеров социально-психологической структуры Вооруженных Сил Республики Беларусь / Редакц.-изд. отдел УО «ВА Респ. Беларусь»; под ред. А. Н. Гуры. – Минск., 2009.- № 2. - С. 80–119.
36. Колмаков, А.А. Выявление и первичная профилактика суицидоопасных состояний в деятельности специалиста по социальной работе / А.А.Колмаков //Социальная работа. - 2010. - №6. - С.6-11.
37. Колмаков, А.А. Психология личности : учеб. пособие / А. А. Колмаков. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2012. – 324 С.
38. Коломинский, Я. Л. и др. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов - СПб.: Питер, 2004. - 480 стр.
39. Кондрашенко, В. Т., Игумнов, С. А. Девиантное поведение у подростков: Диагностика. Профилактика. Коррекция / В. Т. Кондрашенко, С. А. Игумнов - Минск: Аверсэв, 2004. . – 365 с.
40. Конончук, Н. В. О психологическом смысле суицидов / Н. В. Конончук // Психологический журнал. - 1989. - № 5.,Т.10. - С. 95-102.
41. Кризисная психология. Справочник практического психолога / сост. С. Л. Соловьева. - М.: АСТ; Спб.: Сова, 2008. – 286 с.
42. Крукович, Е.,И., Ромек, В. Г. Кризисное вмешательство: Учеб.-метод. пособие / Е. И. Крукович, В. Г. Ромек - Минск: ЕГУ, 2003. -92 С.
43. Кремень, М. А. Математические методы в научных исследованиях: Для педагогов и психологов / М. А. Кремень. – Минск : НИО, 1998. - 92 с.

44. Кузнецов, В. Е. Исторические аспекты исследования самоубийств в России. / В. Е. Кузнецов // Актуальные проблемы суицидологии. / Тр. Моск. НИИ психиатрии. - М., 1981. - Т. 92. - С.26–35.
45. Кузнецов, М. Т., Бубнов, Ю. М., Гольдинберг, Б. М. Социология и психобиология самоубийства / М. Т. Кузнецов, Ю. М. Бубнов, Б. М. Гольдинберг, науч. ред. М. Т. Кузнецов. – Минск : Право и экономика, 2006. – 238 С.
46. Ласый, Е. В. Диагностика и профилактика суицидального поведения в общемедицинской практике. Методические рекомендации / Е. В. Ласый – Минск: БелМАПО, 1999. - 21 с.
47. Леонгард, К. Акцентуированные личности. / К. Леонгард – Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1997. - 544 с.
48. Личко, А. Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко // Саморазрушающее поведение у подростков. / Сб. науч. тр. Ленингр. науч.-исследоват. психоневрологического ин-та им. В. М. Бехтерева. - Л., 1991. - С.9-14.
49. Майерс, Д. Социальная психология. / Д. Майерс. – СПб : Прайм-Евразия, 2002. - 512 С.
50. Маликова, Т. В. и др. Психологическая защита: направления и методы: Учебное пособие. / Т. В. Маликова, Л. А. Михайлов, В. П. Соломин, О. В. Шатровой.- Спб.: Речь, 2008. – 231 с.
51. Меннингер, К. Война с самим собой / К. Меннингер. Перевод Ю. Бондарева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 479 С.
52. Мерлин, В. С. Психологические конфликты / В. С. Мерлин // Психология индивидуальности: Избранные психологические труды. - М.: Институт практической психологии, - 1996. С.213–227.
53. Моховиков, А. И. Суицидальное поведение и гештальт-подход / А. И. Моховиков // Гештальт-97 / Сб. науч. статей Моск. гештальт-института. - М., 1997. - С.70–75.
54. Набиуллина, Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): Учебное пособие / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. - Казань, 2003. - 98 с.
55. Нечипоренко, В. В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте / В. В. Нечипоренко // Саморазрушающее поведение у подростков / Сб. науч. тр. Ленингр. науч.-исследоват. психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. - Л., 1991. - с.37-40.
56. Осипова, А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А. А. Осипова. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 315С.
57. Осколкова, С. Н. Депрессивные состояния в общемедицинской практике. Справочник / С. Н. Осколкова. - М.: Крон-Пресс. - 1996. - С.73-81.

58. Острогорский, А. Н. Самоубийство как психологическая проблема / А. Н. Острогорский // Педагогический сборник. - СПб, 1893. - Т. 1. - С.32-152; Т. 2. - с.1-118, 291-295.
59. Осухова, Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Н. Г. Осухова. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 288 С.
60. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология: Учебное пособие / Л. А. Пергаменщик. – Минск : Выш. шк., 2004. – 239 с.
61. Пергаменщик, Л. А. Психодиагностика и психокоррекция в воспитательном процессе: метод. пособие / Л. А. Пергаменщик, И. А. Фурманов, А. А. Аладьин, С. В. Отчик. – Минск : НИО., 1993.
62. Полякова, И. В. Варианты суицидоопасных психогенных депрессий / И. В. Полякова // Комплексные исследования в суицидологии. / Сб. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 1986. - с.98-104.
63. Полякова, И. В. О некоторых аффективных реакциях у суицидентов / И. В. Полякова // Научные и организационные проблемы суицидологии. / Сб. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии. - М., 1983. - С.109-114.
64. Понизовский, А. М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях / А. М. Понизовский // Актуальные проблемы суицидологии. / Тр. Моск. НИИ психиатрии. - М., 1981. - Т. 92. - С.150-167.
65. Понизовский, А. М. Опыт купирования кризисных состояний у суицидентов приемами когнитивной психотерапии / А. М. Понизовский // Научные и организационные проблемы суицидологии. / Сб. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии. - М., 1983. - С.188-195.
66. Попов, Ю. В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков / Ю. В. Попов, А. В. Бруг // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2005. - №1. – С. 24-26.
67. Попов, Ю. В. Границы и типы саморазрушающего поведения у детей и подростков / Ю. В. Попов // Саморазрушающее поведение у детей и подростков / Сб. науч. тр. Ленингр. науч.-исследоват. психоневрологического ин-та им. В. М. Бехтерева. - Л., 1991. - С.5-8.
68. Постовалова, Л. И. Межличностные конфликты в генезе завершенных суицидов / Л. И. Постовалова, Э. В. Семенов, В. П. Ларичев // Актуальные проблемы суицидологии. / Тр. Моск НИИ психиатрии. — Т. 92. - М., 1981. - С.81-102.
69. Постовалова, Л. И. Формирование криминального и суицидального поведения у подростков / Л. И. Постовалова // Комплексные исследования в суицидологии. / Сб. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии. - М., 1986. - С.64-84.
70. Психологическая защита в чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие / Л. А. Михайлов [и др.]; под ред. Л. А. Михайлова. – СПб.: Питер, 2009. – 256 с.

71. Психологические тесты. Шкала депрессии Бека. http://www.infamed.com/psi/alt21_1.html
72. Сикорский, И. А. Психологическая борьба с самоубийствами в юные годы / И. А. Сикорский. - Киев, 1913. - 45 С.
73. Сидоров, П. И. Саморазрушающее поведение у подростков как интегральное качество девиантного образа жизни / П. И. Сидоров // Саморазрушающее поведение у подростков. / Сб. науч. тр. Ленингр. науч.-исследоват. психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. - Л., 1991. - С.15-20.
74. Слуцкий, А. С., Занадворнов М. С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов / А. С. Слуцкий, М. С. Занадворнов // Психологический журнал. – М. : 1992, № 1. - Т. 13. - С.77-85.
75. Смолинский, Л. Г. Суицидоопасные ситуационные реакции и их динамика у лиц с акцентуациями характера / Л. Г. Смолинский // Комплексные исследования в суицидологии. / Сб. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии. - М., 1986. - С.136–140.
76. Собчик Е. Ю. Принцип индивидуального психокоррекционного подхода в работе психолога КСПП / Е. Ю. Собчик // Комплексные исследования в суицидологии. / Сб. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии. - 1986. - С.152-157.
77. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М., «Когито-Центр», 2005.-376 с.
78. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2011 // Статистический сборник. – Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск. – 2011.
79. Тихоненко, В. А. Классификация суицидальных проявлений / В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. / Тр. Моск. НИИ психиатрии. - Т. 82. - М., 1978. - С.59-73.
80. Трегубов, Л. З., Вагин Ю. Р. Эстетика самоубийства / Л. З. Трегубов, Ю. Р. Вагин.- Пермь : КАПИК, 1993.- 268 с.
81. Урбанович А. А. Психология кризисов социальной идентичности личности: Монография / А. А. Урбанович. – Минск: Академия МВД Республики Беларусь, 2005. - 228 С.
82. Урбанович, А. А. Возможности сети естественной поддержки по минимизации последствий кризисных событий (Научная статья) / А. А. Урбанович // Труды Института национальной безопасности Республики Беларусь. – Минск, 2009. - № 27. С.159-166.
83. Феноменов, М. Я. Причины самоубийств в русской школе / М. Я. Феноменов. - М.: Печатня А.Снегиревой, 1914. - 130 с.
84. Фромм, Э. Бегство от свободы / Э. Фромм; пер. с англ. Д.Н. Дудинский. - Минск: ООО «Попури», 1998. - 672 с.
85. Фурманов, И. А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика, коррекция / И. А. Фурманов. – СПб.: Речь, 2007. – 480 с.

86. Фурманов, И. А. Психологические основы диагностики и коррекции нарушений поведения у детей подросткового и юношеского возраста / И. А. Фурманов.– Минск: НИО, 1997.– 198 С.

87. Фурманов, И. А. Психологическая работа с детьми, лишенными родительской опеки / И. А. Фурманов, А. А. Аладьин, Н. В. Фурманова. - Минск: Тесей, 1998. - 224 С.

88. Фурманов, И. А. Психология общения в учебно-педагогическом процессе / И. А. Фурманов, А. А. Аладьин, Е. М. Амелишко. – Минск.: Технология, 2000. – 100 С.

89. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. / Э. Шнейдман. - М.: Смысл, 2001. - 315 с.

ГЛОССАРИЙ

Автоцид – использование автотранспортных средств с целью осуществления самоубийства.

Агрессивность – наступательность, враждебный и вызывающий характер поведения, взрывчатость, раздражительность; агрессивность проявляется как черта характера, привычка и склонность реагировать на все агрессивно.

Агрессия (от лат. *aggressio* – нападение) – мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам (правилам) сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицат. переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т. п.). Агрессия связана с сильными негативными эмоциями: гневом, ненавистью, враждебностью.

Адаптация – состояние динамического равновесия между живой системой (человеком) и внешней средой. В современной науке адаптация понимается как процесс и одновременно результат этого процесса. Способность живого организма приспосабливаться к изменениям окружающей среды, внешним (внутренним) условиям существования путем сохранения и поддержания физического гомеостаза (динамического равновесия). Адаптация – основной способ жизнедеятельности и выживания организма (вида). Если для биологических систем основным содержанием адаптации является приспособление, безусловное подчинение организма изменению среды, то адаптация человека как личности характеризуется активной деятельностью самой личности, деятельностью, опосредованной сознанием и целеполаганием. К. К. Платонов отмечал, что у человека различают три вида адаптации и дезадаптации, связанные между собой: физиологическую, психологическую и социально-психологическую.

Адаптация социально-психологическая – сложный диалектический процесс и результат взаимодействия личности и социальной среды, характеризующийся оптимальным соотношением целей и ценностей личности и социальной среды, реализацией внутриличностного потенциала, субъективному ощущением удовлетворенности собой, позицией, занимаемой в социальной структуре, осознанием полноценности жизни.

Социально-психологическая адаптация является специфической формой адаптации человека, осуществляемой в преобразовательной, познавательной, ценностно-ориентационной и коммуникативной функциях. Социально-психологическая адаптация обеспечивает личностное развитие человека путем направленного, активного взаимодействия со средовыми условиями его существования. По А. В. Петровскому, социально-психологическая адаптация – это присвоение индивидом социальных норм и ценностей, становление социально-типического в человеке.

Адаптационный потенциал личности – интегральное понятие, включающее характеристики возможностей, качеств и особенностей личности, повышающих ее способность к гармонии с окружающим миром и аутентичности.

Аксиологическая коррекция – разработанный на основе аксиологии (науки о ценностях) психокоррекционный метод, направленный на переориентацию личностных ценностей. Эффективен в профилактике суицидального поведения.

Алекситимия (а греч. *lexis* - речь, *thimos* - настроение, чувство, душа) - неспособность ясно осознавать и точно описывать словами собственное душевное состояние (Sifneos, 1972; Busow, 1985). Признак относительной недифференцированности эмоций, неспособности к рефлексии, недостаточного развития аналитического мышления и самоосознания. Алекситимия наблюдается также при психических расстройствах, препятствующих самонаблюдению, самоанализу и продуктивному мышлению, например, при депрессии.

Антивитальные переживания – размышления, фантазии о бессмысленности, «ненужности» жизни без четких представлений о собственной смерти. Антивитальные переживания не обладают конкретной аутоагрессивной (суицидальной) направленностью.

Антисуицидальные факторы личности – отдельные личностные установки (переживания), препятствующие формированию суицидальной тенденции или реализации суицидальных действий. К ним относятся: эмоциональная привязанность к значимым близким, религиозность, гиперответственность, наличие творческих планов, боязнь физического страдания и т. д.

Ассистированный суицид (эвтаназия) – самоубийство, осуществленное с чьей-либо помощью.

Аутентичность (от греч. *authentikys* – подлинный) – подлинность, достоверность, соответствие самому себе; согласованное, целостное, взаимосвязанное проявление основных психологических процессов и механизмов, обуславливающих полноценное личностное функционирование.

Аутоагрессивное поведение – действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему здоровью. Вариант агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают.

Аутодеструктивное поведение – непреднамеренные действия (преднамеренные поступки при неосознавании возможности смертельного исхода как их результата), следствием которых является физическое или психическое разрушение личности. Синоним – саморазрушающее поведение.

Аффект (от лат. *affectus* — душевное волнение, страсть) – кратковременное, быстро возникающее и бурно протекающее, положительно или отрицательно окрашенное психическое состояние, обычно вызванное психотравмирующими переживаниями, характеризующееся сильным и

глубоким переживанием, ярким внешним проявлением, сужением сознания и снижением самоконтроля.

Аффективная разрядка – действия, направленные на эмоциональное выражение негативных, тяжело переносимых личностью переживаний. Суицидальные (аутоагрессивные) действия часто являются формой аффективной разрядки.

Аффилиация (от англ. *affiliation* – соединение, связь) – стремление быть в обществе других людей, потребность человека в создании теплых, эмоционально значимых отношений с другими людьми.

Взрывчатость (эксплозивность) – готовность бурно и легко впасть в ярость, гнев, раздражение; может быть симптомом личностного расстройства.

Виктимность (виктимогенность) – это приобретенные человеком физические, психические, социальные черты и признаки, которые predispose к превращению его в жертву.

Групповой суицид – одновременное осуществление суицидальных действий группой лиц, объединенных какими-либо общими идейными представлениями (религиозные верования, идеологические позиции, молодежные течения и субкультуры и т. п.) согласно предварительному договору. Наиболее характерен для религиозных сект, декларирующих самоубийство как один из важнейших элементов верования.

Дезадаптация – какое-либо нарушение процесса приспособления организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды; состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения, развитию патологических процессов. Степень дезадаптации характеризуется уровнем дезорганизации функциональных систем организма.

Дезадаптация социально-психологическая – нарушение процессов взаимодействия человека с социальной средой, дезорганизация социальных контактов человека, снижение возможностей необходимого прогнозирования результатов своих поступков, возникающих при воздействии личностно значимых негативных раздражителей (как правило, конфликтов). Социально-психологическая дезадаптация как *состояние* проявляется в виде деформаций психической деятельности, таких, как: психологический дискомфорт, негативные эмоциональные состояния (тоска, тревога, страх, отчаяние, чувство безысходности и пр.), доминирование эгоцентрических устремлений, дисгармония с самим собой и окружающим миром, дефицит степеней свободы адекватного и целенаправленного реагирования.

Социально-психологическая дезадаптация может быть различных степеней тяжести – от легких форм, характеризующихся как психологический дискомфорт, до более тяжелых, при которых личность переживает интенсивные внутренние конфликты. Самая крайняя степень социально-психологической дезадаптации связана с полным разрывом социальных

связей человека, его социальной изоляцией, которая вызывает у него чувство ненужности и бесперспективности собственного существования. Социально-психологическая дезадаптация личности может привести к формированию суицидального намерения в случае невозможности реализации базовых ценностных установок.

Демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия – осознанные преднамеренные поступки, направленные на получение каких-либо выгод от демонстрации намерений лишиться себя жизни. Носят суицидоподобный характер, так как их целью не является добровольный уход из жизни. Демонстративно-шантажные суицидальные действия, при недоучете реальной опасности их осуществления, могут закончиться смертью.

Депрессия – (от лат. *deprimo* — «давить», «подавить») – это психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедонией), нарушениями мышления (торможение мыслительных процессов, негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности.

Диссимуляция суицидального поведения – поведение суицидента, направленное на сокрытие проявлений суицидальной активности.

Доведение до самоубийства – жестокое обращение или систематическое унижение личного достоинства человека, находящегося в зависимости от лица, совершающего эти действия, побудившие потерпевшего совершить самоубийство. Кроме этого, выделяют подстрекательство к самоубийству и пособничество самоубийству.

Импульсивное суицидальное поведение – неожиданное для окружающих «внезапное» осуществление суицидальных действий, когда острый пресуицидальный период сокращается до нескольких минут. Осуществляемые суицидальные действия являются результатом необходимости «моментального» удовлетворения в снятии аффективного напряжения при отсутствии периода их планирования и осмысления, адекватной оценки реальных обстоятельств происходящего и наличии дефекта прогнозирования. Наиболее часто возникновению суицидоопасных ситуационно-импульсных мотивов способствует алкогольное или наркотическое опьянение, психогенные реактивные состояния.

Импульсивность – склонность к неожиданным, плохо продуманным поступкам.

Индукцированный суицид – суицидальные действия, совершенные вследствие психологического воздействия осуществленных суицидальных действий значимым для суицидента лицом или распространенных социальных стереотипов (национальные особенности, религиозные представления).

Институциональный суицид (Farberow N., 1980) – суицидальные действия, обусловленные социальным императивом (жертвеннические, ритуальные самоубийства на религиозной почве или согласно принятым в обществе нормам поведения).

Интрапунтивность – склонность к переживанию вины.

Истинные суицидальные действия – осознанные преднамеренные действия, целью и мотивом которых является добровольное лишение себя жизни.

Кластерные самоубийства – резкое учащение осуществления суицидальных действий (самоубийства, суицидальные попытки), обусловленных частыми сообщениями в средствах массовой информации о самоубийствах и других формах суицидального поведения (наиболее характерно для сюжетов в кинофильмах, телепередачах). Также его причиной может быть самоубийство харизматической личности (кумира), что воспринимается людьми (обычно подростками) как модель разрешения психотравмирующей ситуации.

Когнитивная психотерапия (Beck A., 1976) – психотерапевтический метод, направленный на распознавание и устранение несоответствия объективной реальности и основных ситуационных установок суицидента (его восприятие действительности).

Конфликт (от лат. conflictus) — наиболее острый способ разрешения противоречий в интересах, целях, взглядах, возникающий в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии участников этого взаимодействия, и обычно сопровождающийся негативными эмоциями.

Конфликт внутриличностный – трудно разрешимое противоречие, вызванное столкновением между примерно равными по силе, но противоположно направленными интересами, потребностями, влечениями и т. п.; представляет собой внутриличностное противоречие, воспринимаемое и эмоционально переживаемое человеком как значимая для него психологическая проблема, требующая своего разрешения и вызывающая внутреннюю работу сознания, направленную на его преодоление. Определяют три типа внутриличностных конфликтов: конфликт ролей; конфликт, вызванный фрустрацией, конфликт целей.

Копинг-поведение – сознательные усилия личности по совладанию со стрессом и тревогой.

Кризис – состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека, дискретный момент развития личности. сложное переходное состояние, вызванное личностно-значимыми событиями, создающими невозможность (или затрудненность) реализации жизненного замысла и сопровождающееся негативными эмоциональными состояниями.

Кризисная психотерапия (Старшенбаум Г. В., 1987) – неотложная психотерапевтическая помощь пациентам, находящимся в кризисном состоянии и нуждающимся в коррекции суицидальных проявлений.

Нацелена на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приведших к развитию суицидального поведения, а также на поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения суицидогенного конфликта. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой формах.

Кризис экзистенциальный – вариант психологического кризиса, обусловленного разрушением привычной внутриличностной картины себя и мира, потерей смысла жизни.

Кризисное состояние – психологическое состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (вследствие резкого изменения образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации. Характеризуется чувством беспокойства, тревоги различной интенсивности; фиксацией на психотравмирующей ситуации; переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего; выраженными затруднениями в планировании деятельности. Является одним из основных и непосредственных факторов суицидального риска.

Личностный смысл самоубийства (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) – соотношение желания добровольного ухода из жизни (как цели суицидального действия) и потребности изменения суицидогенного конфликта тем или иным способом, в том числе и путем самоубийства.

Осложненный постсуицидальный период – наличие каких-либо патологических соматических последствий вследствие совершения суицидальной попытки.

Переживание – 1) любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное состояние и явление действительности, непосредственно представляемое в его сознании и выступающее для него как событие его жизни. 2) Наличие стремлений, желаний, хотений, представляющих в индивидуальном сознании процесс выбора субъектом мотивов и целей его деятельности и этим способствующих осознанию отношения личности к происходящим в его жизни событиям. 3) форма активности, возникающая при невозможности достижения субъектом ведущих мотивов жизни, крушения идеалов и ценностей; проявляется в преобразовании его психического мира, направленном на переосмысление своего существования.

Потенциальные суициденты – лица, имеющие суицидальные намерения (тенденции), но не совершившие суицидальные действия.

Пресуицид (Амбрумова А. Г., Леви В. Л., 1974) – состояние личности, обуславливающее повышенную, в отношении к условной «норме», вероятность совершения суицидального акта (даже заведомо незавершенного).

Пресуицидальный период – период формирования суицидальной активности, границами которого являются момент возникновения

суицидальных побуждений и момент осуществления суицидальных действий.

Психическая депривация (англ. deprivation – утрата, лишение) — состояние психической дезадаптации, при котором человек представляет невозможным удовлетворение основных личностных потребностей в течение длительного времени (фрустрация ценностных установок). Возникает вследствие перенесенных субъективно значимых (обычно многочисленных) психотравмирующих ситуаций. Может охватывать широкий диапазон отклонений психической деятельности от незначительных изменений социального функционирования до выраженных патохарактерологических или психопатологических нарушений (реактивные состояния, неврозы, расстройства личности). На пике субъективных переживаний психическая депривация рождает ощущение отсутствия личностных потребностей, смысла жизни и, соответственно, целесообразности существования.

Психическая травма – какая-либо личностно значимая ситуация (явление), характеризующаяся сильным стрессогенным воздействием на психику человека, психологически тяжело переносимая и способная, при недостаточности защитных психологических механизмов, привести к психическим расстройствам. Ситуация, в которой человек получает психическую травму, называется психотравмирующей.

Психогении (лат., psychikos – душевный, относящийся к душе, genea – порождение) – психические расстройства, формирующиеся вследствие воздействия психической травмы: реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения адаптации (аффективные и поведенческие реакции), неврозы, неврозоподобные состояния, реактивные психозы.

Психологическая аутопсия (Shneidraan E., Farberow N., 1961) – посмертный анализ обстоятельств, предшествующих и сопутствующих самоубийству: изучение биография суицидента, различной документации (в том числе медицинской), воспроизведение объективных событий последних дней его жизни, опросы его родственников или знакомых, изучение посмертных записок и т. д.

Психологическая защита – регулятивная система психической стабилизации личности, направленная на устранение (уменьшение) негативного эффекта, вызванного каким-либо психотравмирующим воздействием. Является антисуицидальным фактором.

Психологическая уязвимость – определенные психологические особенности личности, при которых любое физическое или психическое воздействие (объективно малозначимое) может стать психической травмой.

Психотерапевтические методы коррекции суицидальной активности – различные виды психотерапии, направленные на коррекцию и профилактику суицидальной активности. С этой целью наиболее часто используются следующие методы психологической коррекции (психотерапии): рациональная, суггестивная, гештальттерапия, психоанализ,

психосинтеза, клиентцентрированная, медитативная и другие. К непосредственным методам психотерапевтической коррекции суицидальной активности относятся: кризисная психотерапия, аксиологическая коррекция, когнитивная психотерапия. Традиционные методы психотерапии нацелены на личностный рост (активацию внутриличностных ресурсов), изменение основных личностных установок, приведших к формированию суицидального поведения (в отличие от кризисной психотерапии, направленной на преобразование кризисной ситуации).

Рецидив суицидального поведения – возобновление суицидальной активности после совершенной суицидальной попытки. Может быть обусловлено как сохраняющейся, прежней психотравмирующей ситуацией, так и сформировавшейся новой. При этом ранее осуществленные суицидальные действия могут стать прецедентом способа разрешения психотравмирующей ситуации.

Ригидность – негибкость, пониженная способность к изменению ранее сформированной программы, жесткость, неизменяемость ранее занятой позиции. Различаются ригидность: когнитивная (трудность перестройки восприятия и представления в изменённых условиях), афферентная (косность эмоциональных откликов) и мотивационная.

Ритуальный суицид – самоубийство на религиозной почве, совершенное под воздействием социального императива определенного верования (чаще как его кульминация). Наиболее характерен для периодов апокалиптических ожиданий или религиозных гонений.

Самоотношение – проявление специфики отношения личности к собственному «Я», представление о смысле собственного «Я». Самоотношение в значительной мере определяется переживанием собственной ценности, выражающимся в достаточно широком диапазоне чувств: от самоуважения до самоуничужения. Самоотношение как процесс характеризуется также поиском возможностей *поддержания самоуважения*. Оно обладает защитными свойствами. Одним из средств такой защиты может быть даже отрицательная самооценка, рассчитанная на возникновение у окружающих реакций сочувствия. Самоотношение человека влияет на его поведение в конфликтах, прежде всего в состоянии внутриличностного конфликта.

Самоповреждение – умышленное нанесение себе различных телесных повреждений, увечий (колоторезанные или огнестрельные раны, травмы, удушение) обычно с аутоагрессивной целью. Является распространенным способом совершения суицидальных действий (например, самоповреждение вен предплечья).

Самоотравление – умышленное использование каких-либо отравляющих веществ или веществ в токсических дозировках обычно с суицидальной целью. Является распространенным способом совершения суицидальных действий.

Самоубийство (суицид) – осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти.

Сензитивность – 1) повышенная чувствительность индивида к затрагивающим его событиям, повышенная тревожность, склонность к сомнениям, фиксация на своих переживаниях, ксенофобия (боязнь нововведений), 2) повышенная чувствительность, ранимость, неуверенность в себе, повышенная совестливость и склонность к сомнениям, фиксации на своих переживаниях, эмотивность.

Странгуляционная (лат. strangulatio – удушение) **борозда** – след от сдавления шеи петлей.

Стресс (англ., stress – давление, напряжение) (Н. Selye, 1936) — состояние человека, характеризующееся неспецифическими защитными реакциями (на физическом, психологическом и поведенческом уровне) в ответ на экстремальные патогенные раздражители. Реакция психики на психотравмирующую ситуацию.

Суицидальная попытка (Stengel E., 1952) – осознанные преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни и нацеленные на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий, но незавершившиеся смертью.

Суицидальная угроза – высказывания или действия, свидетельствующие о наличии у человека суицидальной тенденции и вероятности осуществления суицидальных действий. Могут неосознаваться суицидентом.

Суицидальные замыслы – активная (внутренняя) форма суицидального поведения, проявляющаяся в осознанной тенденции к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана реализации суицидальной активности (продумываются способы, время, место, дополнительные условия осуществления суицидальных действий).

Суицидальные мысли – пассивная (внутренняя) форма суицидального поведения, характеризуется представлениями (мыслями) на тему своей смерти, но не оформляется в осознанное желание лишения себя жизни как варианта самопроизвольной активности.

Суицидальные намерения (тенденции) – активная (внутренняя) форма суицидального поведения, включает не только суицидальные замыслы, но и самопроизвольные поступки по планированию и подготовке суицидальных действий, непосредственно предшествующие их осуществлению. Предполагает принятие суицидального решения и приводит к совершению суицидальных действий.

Суицидальные фантазии – представления о возможности разрешения психотравмирующей ситуации с помощью собственной смерти, самоубийства; носят пассивный характер без четкого осознания и характера самопроизвольной суицидальной активности.

Суицидальные переживания – разработанные вербальные представления о самоубийстве, протекающие на негативном эмоциональном фоне.

Суицидальный риск – комплексная характеристика психического состояния дезадаптированной личности, сформированного индивидуально неповторимым сочетанием особенностей личности и способами её взаимодействия с социальной средой в экстремальных для неё жизненных ситуациях, сопровождающегося негативно окрашенными аффективными переживаниями и отражающего степень сформированности суицидальных намерений.

Суицидальный шантаж – осуществление суицидальных действий как средства воздействия личности на неблагоприятную ситуацию и ее участников.

Суицидент (самоубийца) – человек, обнаруживающий любые формы суицидальных (аутоагрессивных) проявлений, в том числе совершивший суицидальную попытку или самоубийство.

Суицидогенез – процесс формирования суицидального поведения от момента возникновения антивитальных переживаний вплоть до момента осознания и четкой формулировки суицидальных тенденций или реализации суицидальных действий.

Суицидогенный конфликт (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) – наличие двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одна из которых является актуальной потребностью человека, в данный момент и в данной ситуации, а другая (остальные) – препятствует удовлетворению этой потребности, а результатом такого состояния (следствием его неразрешимости) является формирование суицидальной тенденции. Различают внутриличностный и межличностный суицидогенный конфликты. Выделяют две фазы суицидогенного конфликта:

- предиспозиционная: конфликт для субъекта имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостными психическими (психологическими) переживаниями и стремлением его ликвидировать;
- суицидальная: устранение (разрешение) конфликта за счет самоуничтожения субъекта.

Суицидологическая интервенция (Shneidman E., 1985) – медико-психологические мероприятия, осуществляемые при наличии у человека суицидальных (аутоагрессивных) проявлений и направленная на предотвращение осуществления суицидальных действий.

Суицидоопасные личностные реакции (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) – определенный характер поведения личности с достаточной вероятностью формирования суицидальной активности в ответ на воздействие внешних физических или психических психотравмирующих факторов.

Телефонная психотерапевтическая помощь (телефон доверия) – неотложная анонимная психотерапевтическая помощь, оказываемая пи

телефону. Направлена на круглосуточное купирование различных кризисных состояний (в том числе суицидоопасных), разрешение межличностных и микросоциальных конфликтов, психологическую поддержку одиноких лиц. Носит профилактический характер. Осуществляется службой телефона доверия.

Факторы суицидального риска – внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), не являющиеся этиологическими, но способствующие или непосредственно вызывающие формирование суицидальной активности.

Фрустрация (от лат. *frustratio* – обман, расстройство, разрушение планов) – психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных важнейших потребностей личности и специфической личностной реакцией на эту ситуацию.

Эвтаназия – умышленное оказание определенного содействия человеку в достижении его добровольной смерти. Подразделяют:

- активная эвтаназия: совершение определенных действий с человеком (введение больному лекарственных или каких-либо других средств, проведение каких-либо мероприятий), приведших к его смерти;

- пассивная эвтаназия: неосуществление определенных действий по отношению к человеку (невведение лекарственных средств, непроведение лечебных мероприятий), приведших к его смерти.

Экзистенциальный кризис – психологическое состояние утраты смысла жизни, кризис существования. Обусловлен резким изменением (разрушением) образа жизни или внутриличностной картины себя и мира. Является стадией (формой) психической депривации. Обладает высокой суицидальной опасностью.

Эмпатия (эмпатичность) – способность к пониманию эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир.

Эпидемиология самоубийств (суицидальных попыток) – статистическая оценка распространенности суицидальных действий на определенной территории за определенный промежуток времени.

Я-концепция (Я-образ, Образ «Я») – это относительно устойчивая, в большей или меньшей степени осознанная, переживаемая как неповторимая система представлений индивида о самом себе, на основе которой он строит свое взаимодействие с другими людьми и относится к самому себе.

ПРИЛОЖЕНИЯ

МЕТОДИКА «КАК ВЫ РАЗРЕШАЕТЕ ЭТИ ТРУДНОСТИ»

Методика Е. Heim позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга (поведенческих стратегий преодоления трудностей), распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг-механизмы. Методика адаптирована в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, под руководством д. м. н. профессора Л. И. Вассермана.

Обработка и интерпретация результатов

Варианты копинг-поведения по методике Э. Хейма

А. Когнитивные копинг-стратегии

- Игнорирование – «Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем трудности»
- Смирение – «Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться»
- Диссимуляция – «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо»
- Сохранение самообладания – «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния»
- Проблемный анализ – «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»
- Относительность – «Я говорю себе: по сравнению с проблемами Других людей мои – это пустяк»
- Религиозность – «Если что-то случилось, то так угодно Богу»
- Растерянность – «Я не знаю что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»
- Придача смысла – «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»
- Установка собственной ценности – «В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными».

Б. Эмоциональные копинг-стратегии

- Протест – «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую»
- Эмоциональная разрядка – «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»
- Подавление эмоций – «Я подавляю эмоции в себе»
- Оптимизм – «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации»
- Пассивная кооперация – «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»
- Покорность – «Я впадаю в состояние безнадежности»
- Самообвинение – «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам»
- Агрессивность – «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным»

В. Поведенческие копинг-стратегии

- Отвлечение – «Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях»

- Альтруизм – «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях»

- Активное избегание – «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях»

- Компенсация – «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)»

- Конструктивная активность – «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т. п.).

- Отступление – «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой»

- Сотрудничество – «Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»

- Обращение – «Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом»

Виды копинг-поведения были распределены Е. Нейм на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: *адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.*

Адаптивные варианты копинг-поведения

Среди *когнитивных* копинг-стратегий к ним относятся:

- «проблемный анализ»,

- «установка собственной ценности»,

- «сохранение самообладания» – формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций.

Среди *эмоциональных* копинг-стратегий:

- «протест»,

- «оптимизм» – эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации.

Среди *поведенческих* копинг-стратегий:

- «сотрудничество»,

- «обращение»,

- «альтруизм» – под которыми понимается такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает ее близким в преодолении трудностей.

Неадаптивные варианты копинг-поведения

Среди *когнитивных* копинг-стратегий к ним относятся:

- «смирение»,

- «растерянность»,

- «диссимуляция»,
- «игнорирование» – пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей.

Среди *эмоциональных* копинг-стратегий:

- «подавление эмоций»,
- «покорность»,
- «самообвинение»,
- «агрессивность» – варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Среди *поведенческих* копинг-стратегий:

- «активное избегание»,
- «отступление» – поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

Относительно адаптивные варианты копинг-поведения

Их конструктивность зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления

Среди *когнитивных* копинг-стратегий к ним относятся:

- «относительность»,
- «придача смысла»,
- «религиозность» – формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами.

Среди *эмоциональных* копинг-стратегий:

- «эмоциональная разрядка»,
- «пассивная кооперация» – поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам.

Среди *поведенческих* копинг-стратегий:

- «компенсация»,
- «отвлечение»,
- «конструктивная активность» – поведение, характеризующееся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело, путешествия, исполнения своих заветных желаний.

Инструкция. Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей Вашего поведения. Постарайтесь вспомнить, каким образом Вы чаще всего разрешаете трудные и стрессовые ситуации и ситуации

высокого эмоционального напряжения. Обведите кружком, пожалуйста, тот номер, который Вам подходит. В каждом разделе утверждений необходимо выбрать только один вариант, при помощи которого Вы разрешаете свои трудности.

Обведите кружком, пожалуйста, ту цифру, которая Вам подходит.

		совершенно неверно	скорее верно	частично да	частично нет	скорее верно	совершенно верно
1.	Я погружаюсь в любимое дело, стараясь о них забыть.	0	1	2		3	4
2.	Я стараюсь помочь людям и, в заботах о них, забываю о своих горестях.	0	1	2		3	4
3.	Стараюсь не думать, всячески избегаю думать о своих неприятностях.	0	1	2		3	4
4.	Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т.п.)	0	1	2		3	4
5.	Чтобы пережить эти трудности, я берусь за осуществление своей давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т.п.)	0	1	2		3	4
6.	Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой.	0	1	2		3	4
7.	Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей.	0	1	2		3	4
8.	Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом.	0	1	2		3	4
9.	Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем эти трудности.	0	1	2		3	4
10.	Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться.	0	1	2		3	4
11.	Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо.	0	1	2		3	4
12.	Я не теряю самообладания и	0	1	2		3	4

	контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего истинного состояния.					
13.	Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось.	0	1	2	3	4
14.	Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей мои – это пустяк.	0	1	2	3	4
15.	Если что-то случится, то так угодно Богу.	0	1	2	3	4
16.	Я не знаю, что делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей.	0	1	2	3	4
17.	Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствую себя.	0	1	2	3	4
18.	В данное время я полностью не могу справиться и этими трудностями, но со временем смогу справиться с ними и с более сложными, как ранее.	0	1	2	3	4
19.	Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую.	0	1	2	3	4
20.	Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу.	0	1	2	3	4
21.	Я подавляю эмоции в себе.	0	1	2	3	4
22.	Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации.	0	1	2	3	4
23.	Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне.	0	1	2	3	4
24.	Я впадаю в состояние безнадежности.	0	1	2	3	4
25.	Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам.	0	1	2	3	4
26.	Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным.	0	1	2	3	4

ЛИЧНОСТНЫЙ ОПРОСНИК Г. ШМИШЕКА

Предназначен для диагностики типа акцентуаций личности. Опросник состоит из 88 вопросов, на которые требуется ответить «да» или «нет».

Теоретической основой опросника явилась концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда. В соответствии с этой концепцией все черты личности могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты — стержень личности, они определяют ее развитие, процессы адаптации, психическое здоровье. При значительной выраженности основные черты характеризуют личность в целом.

В случае воздействия неблагоприятных факторов они могут приобрести патологический характер, разрушая структуру личности. Личности, у которых основные черты ярко выражены, названы К. Леонгардом акцентуированными. Такие личности не следует рассматривать в качестве патологических. Это случай «заострения», предельной выраженности определенных, присущих каждому человеку особенностей. По К. Леонгарду, в акцентуированных личностях потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд.

Инструкция: «Вам будут предложены утверждения, касающиеся вашего характера. Если вы согласны с утверждением, то рядом с его номером поставьте знак «+» («да»), если нет — знак «—» («нет»). Над вопросами долго не думайте, правильных и неправильных ответов нет».

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

Инструкция. Внимательно прочитайте вопросы. Отвечайте “да” (+) или “нет” (–), проставляя их в предложенном бланке для ответов. Отвечайте, долго не задумываясь, так как правильных или неправильных ответов здесь нет.

Текст опросника

1. У вас часто веселое и беззаботное настроение?
2. Вы чувствительны к оскорблениям?
3. Бывает ли так, что у вас на глаза наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе и пр.?
4. Сделав что-то, вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, до тех пор, пока еще раз не убедитесь в том, что все сделано правильно?
5. В детстве вы были таким же отчаянным и смелым, как все ваши сверстники?
6. Часто ли у вас меняется настроение от состояния безразличия до отворачивания к жизни?
7. Являетесь ли вы центром внимания в коллективе и компании?

8. Бывает ли так, что вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с вами лучше не разговаривать?
9. Вы серьезный человек?
10. Способны ли вы восторгаться, восхищаться чем-либо?
11. Предприимчивы ли вы?
12. Вы быстро забываете, если вас кто-то оскорбит?
13. Мягкосердечны ли вы?
14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало?
15. Стремитесь ли вы считаться в числе лучших учеников?
16. Бывало ли вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой, а может, такое чувство бывает и теперь?
17. Стремитесь ли вы во всем и всюду соблюдать порядок?
18. Зависит ли ваше настроение от внешних обстоятельств?
19. Любят ли вас ваши знакомые?
20. Часто ли у вас бывает чувство сильного внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?
21. У вас часто бывает несколько подавленное настроение?
22. Бывали ли у вас хотя бы один раз истерики или нервные срывы?
23. Трудно ли вам усидеть на одном месте?
24. Если по отношению к вам несправедливо поступили, энергично ли вы отстаиваете свои интересы?
25. Можете ли вы зарезать курицу, овцу?
26. Раздражает ли вас, если занавес или скатерть висят неровно и вы сразу же стремитесь поправить их?
27. В детстве вы боялись оставаться один (одна) дома?
28. Часто ли у вас беспричинно меняется настроение?
29. Всегда ли вы стремитесь быть достаточно сильным специалистом в своем деле?
30. Быстро ли вы начинаете злиться или впадать в гнев?
31. Можете ли вы быть совсем веселым и беззаботным?
32. Бывает ли так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает вас?
33. Как вы думаете, получился бы из вас ведущий, конференсье на концерте, представлении?
34. Вы обычно высказываете свое мнение достаточно откровенно и недвусмысленно?
35. Вам трудно переносить вид крови? Не вызывает ли это у вас неприятного ощущения?
36. Любите ли вы работу, где необходима высокая личная ответственность?
37. Склонны ли вы защищать тех, по отношению к которым поступили, на ваш взгляд, несправедливо?
38. Вам страшно спускаться в темный подвал?

39. Предпочитаете ли вы работу, где необходимо действовать быстро, но не требуется высокого ее качества?
40. Общительный ли вы человек?
41. В школе вы охотно декламировали стихи?
42. Убегали ли вы в детстве из дома?
43. Кажется ли вам жизнь трудной?
44. Бывает ли так, что после конфликта или обиды вы были до того расстроены, что заниматься делом казалось просто невыносимо?
45. Можно ли сказать, что при неудаче вы не теряете чувства юмора?
46. Предпринимаете ли вы первым шаги к примирению, если вас кто-то обидел?
47. Вы очень любите животных?
48. Возвращаетесь ли вы, чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в порядке?
49. Преследует ли вас неясная мысль о том, что с вами, вашими близкими может случиться что-то страшное?
50. Считаете ли вы, что ваше настроение очень изменчиво?
51. Трудно ли вам делать доклад, выступать перед аудиторией?
52. Можете ли вы ударить обидчика, если он вас оскорбит?
53. У вас большая потребность в общении с другими людьми?
54. Вы относитесь к тем, кто при разочаровании впадает в глубокое отчаяние?
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?
56. Настойчиво ли вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?
57. Может ли трагический фильм взволновать вас так, что на глазах выступают слезы?
58. Часто ли вам трудно уснуть из-за того, что проблемы предыдущего или будущего дня все время крутятся у вас в голове?
59. В школе вы иногда подсказывали своим товарищам или давали им списывать?
60. Требуется ли вам большое напряжение, чтобы ночью пройти через кладбище?
61. Тщательно ли вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была точно на одном и том же месте?
62. Бывает ли так, что перед сном у вас хорошее настроение, а утром вы встаете мрачным?
63. Легко ли вы привыкаете к новым ситуациям?
64. Бывают ли у вас головные боли?
65. Вы часто смеетесь?
66. Можете ли вы быть приветливыми с теми, кого явно не цените, не любите, не уважаете?
67. Вы подвижный человек?

68. Вы очень переживаете из-за несправедливости?
69. Вы настолько любите природу, что можете назвать себя ее другом?
70. Уходя из дому или ложась спать, вы проверяете, погашен ли везде свет и заперты ли двери?
71. Вы очень боязливы?
72. Изменится ли ваше настроение при приеме алкоголя?
73. Раньше вы охотно участвовали в кружках художественной самодеятельности, а может, и сейчас участвуете?
74. Вы расцениваете жизнь скорее пессимистично, нежели радостно?
75. Часто ли вас тянет попутешествовать?
76. Может ли ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмой подавленностью?
77. Легко ли вам удастся поднять настроение подчиненных и коллег?
78. Долго ли вы переживаете обиду?
79. Переживаете ли вы долгое время горести других людей?
80. Часто ли, будучи школьником, вы переписывали страницы в вашей тетради, если в ней допускали помарки?
81. Относите ли вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?
82. Часто ли вы видите страшные сны?
83. Бывает ли, что вы остерегаетесь того, что можете броситься под колеса проходящего поезда или проезжающей машины?
84. В веселой компании вы обычно веселы?
85. Способны ли вы отвлечься от трудной проблемы, требующей обязательного решения?
86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, если примете алкоголь?
87. В беседе вы скупы на слова?
88. Если бы вам необходимо было играть на сцене, вы смогли так войти в роль, что забыли бы о том, что это только игра?

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Интерпретация результатов наиболее сложный и ответственный этап психодиагностики личности.

Психодиагностический опросник Леонгарда – Шмишека осуществляет диагностику акцентуированной личности по десяти факторам: четыре фактора характера и шесть факторов темперамента.

Обработка результатов. Подсчитайте количество ответов «да» (+) на одни указанные вопросы и количество ответов «нет» (—) на другие, затем сумму умножьте на соответствующее данной шкале число.

1. Демонстративный тип (Дм):

+ («Да»): 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88

- («Нет»): 51

сумму баллов умножить на 2

2. Педантичный (астено-невротический) тип (П):
+ («Да»): 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83
— («Нет»): 36
сумму баллов умножить на 2
3. «Застревающий» тип (З):
+ («Да»): 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81
- («Нет»): 12, 46, 59
сумму баллов умножить на 2
4. Возбудимый тип (В):
+ («Да»): 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86
— («Нет»): нет
сумму баллов умножить на 3
5. Гипертимический тип (Г):
+ («Да»): 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77
— («Нет»): нет
сумму баллов умножить на 3
6. Дистимический тип (Дс): + («Да»): 9, 21, 43, 75, 87
- («Нет»): 31, 53, 65
сумму баллов умножить на 3
7. Тревожно-боязливый тип (Т):
+ («Да»): 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82
— («Нет»): 5
сумму баллов умножить на 3
8. Циклотимический тип (Ц):
+ («Да»): 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84
— («Нет»): нет
сумму баллов умножить на 3
9. Аффективно-экзальтированный тип (Эк): + («Да»): 10, 32, 54, 76
— («Нет»): нет
сумму баллов умножить на 6
10. Эмотивный тип (Э):
+ («Да»): 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79
— («Нет»): 25
сумму баллов умножить на 3

Максимальный показатель по каждому типу акцентуации — 24 балла.

Признаком акцентуации, то есть сильной выраженности данного свойства, считается показатель выше 12 баллов.

К характерологическим факторам относятся:

1. Фактор ДМ — личность с такими чертами характеризуется излишним тщеславием, бахвальством, часто склонна считать, что по отношению к ней совершается несправедливость, допускает необдуманность поступков. Обдумывать линию поведения заранее она не способна. Личность с такими чертами характера хитра на выдумку,

но эту хитрость легко разоблачить, так как, стремясь к цели, такие люди без разбора пользуются любыми средствами. Благодаря умению приспособливаться они быстро находят друзей, которых привлекает их общительность, готовность услужить. Быть заметным – основная потребность таких людей.

3. Фактор П – личность с такими чертами характеризуется склонностью к основательности, четкости, законченности. В области профессиональной деятельности педантичная личность проявляет себя положительно, выполняет работу очень добросовестно.

4. Фактор З – личность с такими чертами характеризуется выраженным честолюбием и стойкостью аффекта. Аффект особенно остро проявляется, если затронуты личные интересы личности, что является своеобразным ответом на уязвленную гордость, на задетое самолюбие, а также на различные формы подавления. Имеет место спокойствие при виде общественной несправедливости, проявляется зачастую заносчивость и самонадеянность. Может иметь место подозрительность. Этот тип личности интересен еще и тем, что в равной степени таит в себе возможности как положительного, так и отрицательного развития характера, что очень важно учитывать при организации индивидуальной воспитательной работы. С одной стороны, личность с такими чертами стремится достичь высоких показателей в любой деятельности, а с другой – может подавлять окружающих, если увидит в ком-либо конкурента своим достижениям.

4. Фактор В – личность с такими чертами характеризуется недостаточной управляемостью. Реакции возбудимых личностей отличаются импульсивностью и конфликтностью. Им чужда терпимость. В результате такие личности по самому пустячному поводу вступают в ссоры, грубят, ведут себя зачастую агрессивно, не отдавая себе отчета в возможных последствиях своих действий. По мере возрастания возбуждения личности с такими чертами характера обычно от слов переходят к “делу”, т. е. рукоприкладству. Бывает, что рукоприкладство у возбудимых опережает слова, так как такие люди вообще не склонны обмениваться мнениями. Этические требования общества очень слабо воздействуют на них.

К темпераментным факторам относятся:

5. Фактор Г – характеризуется оптимизмом, активностью, жизнерадостностью. Они без труда преодолевают грусть. Жажда деятельности стимулирует у них инициативу, поиск нового, творческого. Они способны говорить и рассказывать без конца, только бы их слушали. В коллективе такие люди не могут наскучить, с ними интересно. Личности с такими чертами часто прекрасно справляются с общественной работой.

6. Фактор ДИ – для личностей с такими чертами характерна склонность к депрессивным состояниям темперамента. По натуре они более серьезные

и сосредоточены на пессимистической ноте, отличаются медлительностью реакции и действий. Личности с такими чертами отличаются серьезными этическими позициями.

7. Фактор Ц – личность с такими чертами темперамента характеризуется резкими перепадами состояний от восторженного, возвышенного до мрачного, депрессивного. На передний план выступает то один, то другой из этих полюсов. Эта черта темперамента в комплексе с акцентуацией по факторам ДМ, З, и В дает возможность диагностировать и предположительно прогнозировать личностей, склонных к импульсивным, рискованным конфликтным и асоциальным действиям в отношениях с людьми.

8. Фактор АЭ – характеризуется более бурными и интенсивными реакциями на события по внешним проявлениями. Экзальтация гораздо чаще связана с тонкими альтруистическими побуждениями. Любовь к музыке, искусству, природе, спорту, поиски мировоззрения – все это способно захватить такого человека до глубины души. Личности, отличающиеся такой особенностью впечатлительны, склонны к глубоким личным переживаниям за себя и товарищей. К таким личностям в полной мере можно отнести понятия “бурный”, “порывистый”, “возбужденный”.

9. Фактор Т – личности с такими чертами темперамента отличаются робостью, нерешительностью, внутренней неудовлетворенностью собой. Личности с такой акцентуацией не решаются защищаться, видя несправедливость и откровенное унижение личного достоинства.

10. Фактор ЭМ – личность с такой чертой темперамента характеризуется чувствительностью и глубокими реакциями в области тонких эмоций. В отличие от личностей акцентуированных по фактору АЭ, они не впадают в такие крайности, эмоции их развиваются с меньшей быстротой. Обычно людей с этой чертой темперамента называют мягкосердечными. Их знают как людей задушевных. Особенно характерна для них слезливость, при первом упоминании о доме, родных или близких, а также личных переживаниях они плачут, или на глаза навертываются слезы.

БЛАНК ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

Фамилия			Дата								
N п/п	Да	Нет	N п/п	Да	Нет	N п/п	Да	Нет	N п/п	Да	Нет
1			23			45			67		
2			24			46			68		
3			25			47			69		
4			26			48			70		
5			27			49			71		
6			28			50			72		
7			29			51			73		

№ п/п	Да	Нет	№ п/п	Да	Нет	№ п/п	Да	Нет	№ п/п	Да	Нет
8			30			52			74		
9			31			53			75		
10			32			54			76		
11			33			55			77		
12			34			56			78		
13			35			57			79		
14			36			58			80		
15			37			59			81		
16			38			60			82		
17			39			61			83		
18			40			62			84		
19			41			63			85		
20			42			64			86		
21			43			65			87		
22			44			66			88		

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ПОДРОСТКОВ

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков разработан в отделении подростковой психиатрии Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева.

Предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуаций характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и др.)

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПРОСНИКА

Подростковый возраст является периодом становления характера – в это время формируется большинство характерологических типов. Именно в этом возрасте различные типологические варианты нормы («акцентуации характера») выступают наиболее ярко, так как черты характера еще не сглажены и не скомпенсированы жизненным опытом.

У подростков от типа акцентуации характера зависит многое – особенности нарушений поведения в пубертатном кризисе, возможность острых аффективных реакций и неврозов и т. п. Акцентуация характера выступает как важный фактор указывающий на возможность возникновения эндогенных психических заболеваний и как предрасполагающий фактор при реактивных нервно-психических расстройствах. С типом акцентуации характера необходимо считаться при организации и проведении индивидуальной работы с подростком, профориентации, устойчивой социальной адаптации, а также при проведении психотерапии и психокоррекции.

Тип акцентуации указывает на слабые места характера и позволяет предвидеть факторы, способные вызвать психогенные реакции, ведущие к дезадаптации, – тем самым открывая перспективы для психопрофилактики.

Исследование можно проводить сразу с группой подростков при условии, чтобы они не могли подглядывать номера выборов друг у друга и советоваться друг с другом. Подросткам объясняется, что предлагаемый метод позволяет определить тип характера. После обработки результатов проводится специальное занятие. На нем каждый подросток получает карточку с обозначением номера установленного у него типа (названия типов во избежание недоразумений лучше не сообщать). Далее проводивший исследование психолог или педагог рассказывает группе подростков особенности всех типов в доступной для них форме, специально указывая на слабые и сильные стороны каждого типа – подобные занятия оказывают определенное коррекционное влияние на подростков.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ДИАГНОСТИРУЕМЫХ ТИПОВ

С помощью ПДО могут быть диагностированы следующие типы психопатий и акцентуаций характера, краткое описание которых приводится ниже.

Гипертимный тип (Г). Такие подростки отличаются всегда хорошим, даже слегка повышенным настроением, высоким жизненным тонусом, брызжущей энергией, неудержимой активностью, постоянным стремлением к лидерству, притом неформальному. Хорошее чувство нового сочетается с неустойчивостью интересов, а большая общительность с неразборчивостью в выборе знакомств, в силу чего могут незаметно для себя оказаться в дурной компании, начать выпивать (обычно предпочитая неглубокие степени опьянения), пробовать действие наркотиков и других токсических средств (но пристрастия к ним в подростковом возрасте обычно не возникает). Правонарушения присущи групповые. Легко осваиваются в незнакомой и быстро меняющейся обстановке, но переоценивают свои возможности и строят чрезмерно оптимистические планы на будущее («хорошие тактики и плохие стратегии»). Неразборчивы в выборе приятелей и напарников, отчего нередко бывают преданы ими.

Плохо переносят одиночество, размеренный режим, строго регламентированную дисциплину, однообразную обстановку, монотонный и требующий мелочной аккуратности труд, вынужденное безделье. Стремление окружающих подавить их активность и лидерские тенденции нередко ведет к бурным, но коротким вспышкам раздражения. Не злопамятны. Легко мирятся с теми, с кем поссорились.

Разговорчивы, говорят быстро, с живой мимикой и жестами. Высокий биологический тонус проявляется всегда хорошим аппетитом, здоровым, крепким сном — встают бодрыми, отдохнувшими. Сексуальное влечение рано пробуждается и отличается силой. Быстро увлекаются, но и охлаждаются к сексуальным партнерам. Самооценка нередко неплохая, но часто стараются показать себя более конформными, чем это есть на самом деле. Плохо совместимы с подростками эпилептоидного типа, от представителей шизоидного, сенситивного и психастенического типов стараются дистанцироваться. Первые проявления гипертимности нередко бывают с детства: неутомимость, шумливость, стремление командовать сверстниками, чрезмерная самостоятельность.

Циклоидный тип (Ц). Встречается только в виде акцентуаций характера. При патологическом уровне развивается одна из форм нервно-психического расстройства — циклотимия. При циклоидной акцентуации фазы гипертимности и субдепрессии выражены нерезко, обычно кратковременны (1–2 недели) и могут перемежаться длительными интермиссиями. В субдепрессивной фазе падает работоспособность, ко всему утрачивается интерес, подростки становятся вялыми домоседами, избегают компании. Неудачи и мелкие неурядицы тяжело переживаются. Серьезные нарекания, особенно унижающие самолюбие, способны навести на мысли о собственной неполноценности и ненужности и подтолкнуть к суицидальному

поведению. В субдепрессивной фазе также плохо переносится крутая ломка стереотипа жизни (переезд, смена учебного заведения и т.п.). Падает биологический тонус, могут спать больше обычного, но встают вялыми, неотдохнувшими. Даже любимые кушанья не доставляют прежнего удовольствия. Половое влечение обычно снижается. В гипертимной фазе циклоидные подростки не отличаются от гипертимов. Самооценка формируется постепенно, по мере накопления опыта «хороших» и «плохих» периодов. У подростков она нередко бывает еще неточной, так как первые проявления циклоидности начинаются только с половым созреванием. Иногда бывает выражена сезонность фаз: депрессии падают на зиму или на весну, а гипертимные периоды — на осень. В интермиссиях между субдепрессивными и гипертимными фазами никаких особенностей не обнаруживают.

Лабильный тип (Л). Главная черта этого типа — крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто от ничтожных и даже незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависит и сон, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Чувства и привязанности искренни и глубоки, особенно к тем лицам, кто сами к ним проявляют любовь, внимание и заботу. Велика потребность в сопереживании. Тонко чувствуют отношение к себе окружающих даже при поверхностном контакте. Всякого рода эксцессы избегают. К лидерству не стремятся. Тяжело переносят утрату или отвержение со стороны значимых лиц. Самооценка отличается искренностью и умением правильно подметить черты своего характера. Чрезмерная эмоциональность обычно сочетается с вегетативной лабильностью: легко краснеют и бледнеют, меняется частота пульса, величина артериального давления. Нередко наблюдается довольно выраженная инфантильность: выглядят моложе своих лет. Лгать и скрывать свои чувства не умеют: настроение всегда написано на лице. Дети почти все наделены эмоциональной лабильностью. Поэтому о данном типе можно судить, если эти черты ярко выражены у подростков.

Астено-невротический тип (А). Также встречается только в виде акцентуации характера. Патологический уровень проявляется чаще всего развитием неврастении. Главными чертами являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях и в условиях соревнований. При утомлении аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу. Самооценка обычно выражает ипохондрические установки.

Сенситивный тип (С). У этого типа две главные черты — большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно во внешности и в области качеств морально-этических и волевых. Замкнутость, робость и застенчивость выступают среди посторонних и в непривычной обстановке. С незнакомыми

бывают трудны даже самые поверхностные формальные контакты, но с тем к кому привыкли, бывают достаточно общительны и откровенны. Ни к алкоголизации, ни к делинквентности склонности не обнаруживают. Непосильной оказывается ситуация, где подросток оказывается объектом неблагоприятного внимания окружения, когда на его репутацию падает тень или он подвергается несправедливым обвинениям или насмешкам. Самооценка отличается высоким уровнем объективности. При этом типе нередко бывает ярко выражена реакция гиперкомпенсации — стремление преуспеть именно в той области, где таится комплекс собственной неполноценности (например, парашютные прыжки, чтобы преодолеть робость; усиленные занятия гимнастикой, чтобы исправить дефекты фигуры; стремление к общественной работе, чтобы преодолеть застенчивость и т.п.). Сенситивные черты начинают выявляться с детства робостью, застенчивостью, боязнью незнакомцев, но критическим является возраст 16–18 лет — вступление в самостоятельную социальную активность после многих лет учебы в привычном окружении сверстников. Некоторые действительные физические дефекты (например, заикание) могут способствовать заострению сенситивных черт или наслаивать их на некоторые другие типы акцентуаций (эмоционально-лабильную, психастеническую, шизоидную). Необходимость отвечать не только за себя, но и за других, может наоборот, сглаживать сенситивные черты.

Психастенический тип (II). Главными чертами являются нерешительность, склонность к рассуждательству, тревожная мнительность в виде опасений за будущее — свое и своих близких, склонность к самоанализу и легкость возникновения навязчивостей. Черты характера обычно обнаруживаются в начальных классах школы — при первых требованиях к чувству ответственности. Отвечать за себя и особенно за других бывает самой трудной задачей. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и несчастий служат выдуманные предметы и ритуалы. Если их не выполняют, то это крайне усиливает тревогу за будущее, за благополучие свое и близких, за успех дела, которым заняты. Нерешительность усиливается, когда надо сделать самостоятельный выбор и когда решение касается маловажных повседневных проблем. Наоборот, вопросы серьезные, существенно отражающиеся на будущем, могут решаться с удивительной скоропалительной опрометчивостью. Алкоголизация и делинквентность в подростковом возрасте не присущи. Но при повзрослении могут обнаружить, что алкоголь способен снимать тревогу, неуверенность и внутреннее напряжение и тогда могут к нему пристраститься. В самооценке склонны находить у себя черты разных типов, включая совершенно не свойственные. Из-за чрезмерного педантизма, мелочной принципиальности, доходящей до деспотизма, нередко плохо совмещаются с представителями почти всех типов акцентуаций характера, кроме шизоидов, которые внешне могут никак не реагировать на их

поведение. Считается, что мелочный педантизм психастеников также служит для них психологической защитой от опасений и тревоги за будущее.

Шизоидный тип (Ш). Главными чертами является замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Трудно устанавливать неформальные, эмоциональные контакты — эта неспособность нередко тяжело переживается. Быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие переживания, угадать желания других, догадаться о невысказанном вслух. К этому примыкает недостаток сопереживания. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями, последние предназначены только для услаждения самого себя, служат утешению честолюбия или носят эротический характер. Увлечения отличаются силой, постоянством, и нередко необычностью, изысканностью. Богатые эротические фантазии сочетаются с внешней асексуальностью. Алкоголизация и делинквентное поведение встречаются нечасто. Труднее всего переносятся ситуации, где нужно быстро установить неформальные эмоциональные контакты, а также насильственное вторжение посторонних во внутренний мир. Самооценка обычно неполная: хорошо констатируется замкнутость, трудность контактов, непонимание окружающих, другие особенности подмечаются хуже. В самооценке иногда подчеркивается нонконформизм. Замкнутость и сдержанность в проявлении чувств иногда помогают неплохо совмещаться с окружающими, ограничиваясь формальными контактами. Склонны искать нешаблонные решения, предпочитают непринятые формы поведения, способны на неожиданные для других эскапады без учета вреда, который могут нанести ими самим себе. Но иногда обнаруживают недюжинные способности постоять за себя и свои интересы. У близких могут вызывать недовольство своей молчаливостью и сдержанностью, но когда дело заходит о хобби могут быть даже многоречивы. В своих симпатиях часто тяготеют к эмоционально-лабильным, может быть чувствуя в их характере то, что им самим недостает.

Эпилептоидный тип (Э). Главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постепенно накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. С этими состояниями обычно связана аффективная взрывчатость. Аффекты не только сильны, но и продолжительны. Большим напряжением отличается инстинктивная жизнь. Любовь почти всегда окрашена ревностью. Алкогольные опьянения часто протекают тяжело — с гневом и агрессией. Лидерство проявляется в стремлении властвовать над другими. Неплохо адаптируются в условиях строгого дисциплинарного режима, где стараются подольститься к начальству показной исполнительностью и завладеть положением, дающим власть над другими подростками. Инертность, тугоподвижность, вязкость накладывают отпечаток на всю психику — от моторики и эмоций до мышления и личностных ценностей. Говорят медленно, веско, никогда не суетятся. Любят культивировать в себе

физическую силу, предпочитают силовые виды спорта. Решения принимают не торопясь, весьма осмотрительно, из-за этого иногда пропускают момент, когда надо быстро действовать. Но в аффекте от медлительности не остается и следа, легко теряют контроль над собой, действуют импульсивно, в неподходящей ситуации могут разразиться потоком брани, нанести побои. Властолюбие сочетается со стремлением наводить «свои порядки», нетерпимостью к инакомыслию. Злопамятны в отношении нанесенных им обид и причиненного ущерба, даже незначительного — очень мстительны и изобретательны в способах мести. Мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил, даже в ущерб делу, допекающий окружающих педантизм рассматриваются как компенсация собственной инертности. Педантичная аккуратность видна по одежде, прическе, предпочтению порядка во всем. Самооценка обычно однобокая: отмечается приверженность к порядку и аккуратности, нелюбовь пустых мечтаний и предпочтение жить реальной жизнью; в остальном обычно представляют себя более конформными, чем есть на самом деле.

Истерический (гистрионический) тип (И). Главными чертами являются беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Все остальные особенности питаются этим. Лживость и фантазирование целиком служат приукрашению своей особы. Внешние проявления эмоциональности на деле оборачиваются отсутствием глубоких чувств при большой выразительности, театральности переживаний, склонности к рисовке и позерству. Неспособность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Выдумывая, легко вживаются в роль, искусной игрой вводят в заблуждение доверчивых людей. Неудовлетворенный эгоцентризм часто подталкивает к яростной оппозиционности. Выигрывают в ситуации неразберихи, сумятицы, внезапно возникшей неопределенности, когда крикливость может быть принята за энергию, театральная воинственность — за решительность, умение быть у всех на виду — за организаторские способности. Но лидерский час скоро проходит, так как истероиды не столько лидируют, сколько играют в вожаков, и окружение скоро разбирается, что кроме позерства и трескучих фраз они ни на что не способны. Среди сверстников претендуют на первенство или на исключительное положение. Пытаются возвыситься среди них рассказами о своих удачах и похождениях. Товарищи скоро распознают их выдумки, их ненадежность, поэтому они часто меняют компании. Самооценка далека от объективности. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент легче всего произвести впечатление.

Неустойчивый тип (Н). Главная черта — нежелание трудиться — ни работать, ни учиться, постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. При строгом и непрерывном контроле нехотя подчиняются, но всегда ищут случая отлынивать от любого труда. Полное безволие обнаруживается, когда дело касается исполнения обязанностей,

долга, достижения целей, которые ставят перед ними родные, старшие, общество в целом.

С желанием поразвлечься связана ранняя алкоголизация, делинквентность, употребление наркотиков и других дурманных средств. Тянутся к уличным компаниям. Из-за трусости и недостаточной инициативности оказываются там в подчиненном положении. Контакты всегда поверхностны. Романтическая влюбленность несвойственна, сексуальная жизнь служит лишь источником наслаждений. К своему будущему равнодушны, планов не строят, живут настоящим. От любых трудностей и неприятностей стараются убежать и не думать о них. Слабоволие и трусость позволяют удерживать их в условиях строгого дисциплинарного режима. Безнадзорность быстро оказывает пагубное действие. Самооценка обычно неверная — легко приписывают себе гипертимные или конформные черты.

Конформный тип (К). Главная черта — постоянная и чрезмерная конформность к привычному окружению, к своей среде. Живут по правилу: думать «как все», поступать «как все», стараться, чтобы все у них было «как у всех» — от одежды до суждений по животрепещущим вопросам. Становятся целиком продуктом своего окружения: в хороших условиях старательно учатся и работают, в дурной среде — со временем прочно усваивают ее обычаи, привычки, манеру поведения. Поэтому «за компанию» легко спиваются. Конформность сочетается с поразительной некритичностью: истиной считают то, что поступает через привычный канал информации, некритичны ко всему, что черпают от привычного окружения, и склонны к предубежденному неприятию всего, что исходит от людей не своего круга. К этому добавляется консерватизм: новое не любят потому, что не могут к нему быстро приспособиться, трудно осваиваются в непривычной обстановке. Нелюбовь к новому проявляется неприязнью к чужакам, настороженностью к незнакомым. Наиболее успешно работают, когда не требуется личной инициативы. Плохо переносят крутую ломку жизненного стереотипа, лишение привычного общества. Самооценка может быть неплохой.

Паранойяльный тип в подростковом возрасте еще не проявляется — его расцвет падает на пик социальной зрелости, т.е. на 30–40 лет. Поэтому с помощью ПДО этот тип диагностировать невозможно. В подростковом возрасте будущие представители паранойяльного типа чаще всего обнаруживают эпилептоидную или шизоидную акцентуацию, реже истероидную и еще реже — гипертимную. Однако уже в этом возрасте может обнаруживаться завышенная оценка своей личности — своих способностей, своих талантов и умений, своей мудрости и понимания всего. Отсюда убежденность, что все, что они делают, всегда правильно, что думают и говорят — всегда истина, на что претендуют — безусловно имеют право. Любые препятствия на пути претворения в жизнь своих намерений пробуждают воинственную готовность отстаивать свои действительные или

мнимые права. Рано пробуждается подозрительность, склонность всюду видеть злой умысел и злокозненный сговор против себя.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследование проводят в два этапа. Первоначально обследуемому предлагают в каждом наборе утверждений выбрать наиболее подходящее для него. На втором этапе из тех же наборов просят отобрать наиболее неподходящие. Примерное время тестирования 1,5-2 часа.

Основные шкалы:

- Г — гипертимный
- Ц — циклоидный
- Л — лабильный
- А — астено-невротический
- С — сенситивный
- П — психастенический
- Ш — шизоидный
- Э — эпилептоидный
- И — истероидный
- Н — неустойчивый
- К — конформный

Дополнительные шкалы:

- О — негативное отношение к исследованию;
- Д — диссимуляция действительного отношения к рассматриваемым проблемам и стремления не раскрывать черты характера;
- Т — откровенности;
- В — черт характера, встречающихся при органических психопатиях;
- Е — отражения в самооценке реакции эмансипации;
- d — психологической склонности к делинквентности (только для подростков мужского пола);
- М — черт мужественности;
- Ф — черт женственности в системе отношений.
- V — Отношение к спиртным напиткам

Специальные дополнительные шкалы

- Риск социальной дезадаптации
- Возможность формирования психопатий
- Склонность к депрессии
- Риск злоупотребления наркотиками и другими дурманящими веществами
- Дифференциальная психологическая диагностика истинных и демонстративных суицидных попыток
- Риск ранней половой жизни у девочек

ПДО включает 25 таблиц — наборов фраз («Самочувствие», «Настроение» и др.) В каждом наборе от 10 до 19 предлагаемых ответов (см. далее раздел «Текст ПДО...»).

С испытуемым проводится два исследования.

В первом исследовании ему предлагается в каждой таблице выбрать наиболее подходящий для него ответ и соответствующий номер поставить в регистрационном листе № 1 (образцы регистрационных листов приведены в Приложении). Если в каком-либо наборе подходит не один, а несколько ответов, допускается сделать два-три выбора. Более трех выборов в одной таблице делать не разрешается. В разных таблицах можно сделать неодинаковое число выборов.

Во втором исследовании предлагается выбрать в тех же таблицах наиболее неподходящие, отвергаемые ответы (при желании можно выбрать в каждой таблице два-три неподходящих ответа, но не более) и поставить соответствующие номера в регистрационном листе № 2.

В обоих исследованиях разрешается отказываться от выбора ответа в отдельных таблицах, проставляя 0 в регистрационном листе. Если число таких отказов в обоих исследованиях составляет в сумме 7 и более, то это свидетельствует либо о трудности работы с опросником в силу невысокого интеллекта (встречается при легкой дебильности), либо, при достаточном интеллекте, но негативном отношении к исследованию. В последнем случае работу с опросником можно повторить после психотерапевтической беседы. Большое число 0 встречается при сенситивном типе — такие подростки предпочитают отмолчаться, чем сказать неправду.

Обычно для проведения исследования требуется от получаса до часа времени. Исследования можно проводить одновременно с группой испытуемых при условии, чтобы они не могли совещаться или подсматривать выборы друг у друга.

При получении регистрационных листов необходимо сразу же проверить, не проставлено ли в какой-либо графе более трех номеров выборов и предложить испытуемому сократить их число, а если отказов 7 и более — попытаться их уменьшить. Образцы регистрационных листов приводятся далее. ПДО не пригоден для исследования подростков при наличии выраженной интеллектуальной недостаточности (так называемая пограничная умственная отсталость не препятствует обследованию) или острого психотического состояния с нарушением сознания, бредом, галлюцинациями и т.п., а также при выраженном психическом дефекте шизофренического, органического и других типов. В случаях явно негативного отношения к обследованию, оно может проводиться только после психотерапевтической беседы и установления хорошего контакта.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты обследования определяются с помощью кода. Этот код составлен на основании статистически достоверных ($p < 0,005$) выборов для подростков данного типа, определенного по клинической оценке. Код представлен далее в разделе «Текст опросника...».

Буквенные символы кода соответствуют баллам в пользу соответствующих типов:

Г — гипертимный

- Ц — циклоидный
- Л — лабильный
- А — астено-невротический
- С — сенситивный
- П — психастенический
- Ш — шизоидный
- Э — эпилептоидный
- И — истероидный
- Н — неустойчивый
- К — конформный

Пропуск в графах, где проставлены баллы, означает, что данный выбор является неинформативным.

Сдвоенные и строенные буквенные символы (например АА в выборе № 5 на тему «Самочувствие» в 1-м исследовании, ШШШ в выборе № 3 на тему «Отношение к одиночеству» во втором исследовании) означают, что за этот выбор начисляется два или три балла в пользу соответствующего типа. За один выбор могут начисляться баллы в пользу двух или более типов (например, ГН на выбор 1 на тему «Настроение» в первом исследовании означает, что 1 балл начисляется в пользу гипертимного, а 1 балл — в пользу неустойчивого типов).

Кодом предусмотрены следующие дополнительные показатели:

- О — негативное отношение к исследованию;
- Д — диссимуляция действительного отношения к рассматриваемым проблемам и стремления не раскрывать черты характера;
- Т — откровенности;
- В — черт характера, встречающихся при органических психопатиях;
- Е — отражения в самооценке реакции эмансипации;
- d — психологической склонности к делинквентности (только для подростков мужского пола);
- М — черт мужественности;
- Ф — черт женственности в системе отношений.

Кроме того, на основании числовых баллов в теме «Отношение к спиртным напиткам» может быть дана оценка психологической склонности к алкоголизации (шкала V).

ТЕКСТ ПДО И КОД РАСШИФРОВКИ РЕЗУЛЬТАТОВ

I. САМОЧУВСТВИЕ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки
-------------	----------------------------	--------------------------------------

		1-е исследование (наиболее подходящие выборы)	2-е исследование (наиболее отвергаемые выборы)
1	У меня почти всегда плохое самочувствие	А	
2	Я всегда себя чувствую бодрым и полным сил	ГММ	d
3	Недели хорошего самочувствия чередуются у меня с неделями, когда я чувствую себя плохо	Ц	
4	Мое самочувствие часто меняется иногда по несколько раз в день	П	
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	АА	
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений и беспокойств		
7	Плохое самочувствие появляется у меня от волнений и ожидания неприятностей		
8	Я легко переношу боль и физические страдания	Ц	
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительное	ННД	
10	У меня встречаются приступы плохого самочувствия с раздражительностью и чувством тоски		С
11	Самочувствие мое очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие		
12	Я очень плохо переношу боль и физические страдания		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

II. НАСТРОЕНИЕ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	ГН	
2	Мое настроение легко меняется от незначительных причин	П	Г
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в себе		
4	Мое настроение зависит от общества, в котором я нахожусь		
5	У меня почти всегда плохое настроение		
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ЦА	
7	Мое настроение улучшается, когда меня оставляют одного	Ш	
8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим		

9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев		
10	Малейшие неприятности сильно огорчают меня	СЛ	d
11	Периоды очень хорошего настроения сменяются у меня периодами плохого настроения	T	
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	O	O

III. СОН И СНОВИДЕНИЯ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Я хорошо сплю, а сновидениям значения не придаю	ГНММ	
2	Сон у меня богат яркими сновидениями		Э
3	Перед тем, как уснуть, я люблю помечтать	К	
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	Ad	B
5	Я сплю мало, но встаю бодрым; сны вижу редко		Ц
6	Сон у меня очень крепкий, но иногда бывают жуткие, кошмарные сновидения	Ц	
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно тоскливые сновидения	A	
8	Бессонница у меня наступает периодически без видимых причин		
9	Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час		
10	Если меня что то расстроит, я долго не могу уснуть	ЛА	
11	Я часто вижу разные сны то радостные, то неприятные		
12	По ночам у меня бывают приступы страха		
13	Мне часто снится, что меня обижают		
14	Я могу свободно регулировать свой сон		A
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	O	O

IV. ПРОБУЖДЕНИЕ ОТ СНА

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Мне трудно проснуться в назначенный час	Э	Л
2	Просыпаюсь я с неприятной мыслью, что надо идти на работу или на учебу		К
3	В одни дни я встаю веселым и жизнерадостным, в другие безо всякой причины с утра угнетен и уныл	T	
4	Я легко просыпаюсь, когда мне нужно	Ц	
5	Утро для меня самое тяжелое время суток		
6	Часто мне не хочется просыпаться	Ф	

7	Проснувшись, я нередко еще долго переживаю то, что видел во сне		ЛМ
8	Периодами я утром чувствую себя бодрым, периодами разбитым	А	
9	Утром я встаю бодрым и энергичным	НН	
10	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером		
11	Нередко бывало, что проснувшись, я не мог сразу сообразить, где я и что со мной	d	
12	Я просыпаюсь с мыслью, что сегодня надо будет сделать	Ц	
13	Проснувшись, я люблю полежать в постели и помечтать		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

V. АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Неподходящая обстановка, грязь и разговоры о неаппетитных вещах никогда не мешали мне есть	Ш	
2	Периодами у меня бывает волчий аппетит, периодами есть ничего не хочется	Т	
3	Я ем очень мало, иногда долго ничего не ем	А	ЦЭМ
4	Мой аппетит зависит от настроения: то ем с удовольствием, то нехотя и через силу		
5	Я люблю лакомства и деликатесы	ЛЛП	
6	Нередко я стесняюсь есть при посторонних	СТ	
7	У меня хороший аппетит, но я не обжора	М	
8	Есть кушанья, которые вызывают у меня тошноту и рвоту		
9	Я предпочитаю есть немного, но очень вкусное		
10	У меня плохой аппетит		
11	Я люблю сытно поесть	Н	
12	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде		
13	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность		
14	Мне легко можно испортить аппетит		
15	Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье	М	
16	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал		И
17	Я плохо переношу голод быстро слабею	Ц	
18	Я знаю, что такое чувство голода но не знаю, что такое аппетит		
19	Еда не доставляет мне большого удовольствия		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

VI. ОТНОШЕНИЕ К СПИРТНЫМ НАПИТКАМ¹

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Мое желание выпить зависит от настроения	+2	Ц
2	Я избегаю пить спиртное, чтоб не проболтаться		
3	Периодами я выпиваю очень охотно, периодами меня к спиртному не тянет	M+1	
4	Люблю выпить в веселой и хорошей компании	ГГ+2	С-1
5	Я боюсь пить спиртное, потому что опьянев, могу вызвать насмешки и презрение	-1	+2
6	Спиртное не вызывает у меня веселого настроения	-1	+1
7	К спиртному я испытываю отвращение	С-3	ЦЛ+2
8	Спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения, тоски или тревоги	+1	Ф
9	Я избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и сильной головной боли впоследствии	П	
10	Я не пью спиртного, так как это противоречит моим принципам	СШП-3	+1
11	Спиртные напитки меня пугают		И
12	Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир	Цd	
13	Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушать компанию	А	Л
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	ОЭ

VII. СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Половое влечение меня мало беспокоит	ННД	М
2	Малейшая неприятность подавляет у меня половое влечение		Ц
3	Я предпочитаю жить мечтами о подлинном счастье, чем разочаровываться в жизни		
4	Периоды сильного полового влечения чередуются у меня с периодами холодности и безразличия		
5	В половом отношении я быстро возбуждаюсь, но быстро успокаиваюсь и охлаждаваю		НН
6	При нормальной семейной жизни не существует никаких половых проблем		

¹ Цифрами обозначены баллы шкалы V (психологической склонности к алкоголизации).

7	У меня сильное половое влечение, которое мне трудно сдерживать		КВ
8	Моя застенчивость мне очень сильно мешает		ИИ
9	Измены бы я никогда не простил		
10	Я считаю, что половое влечение нельзя сдерживать, иначе оно мешает плодотворной работе	М	
11	Наибольшее удовольствие мне доставляет флирт и ухаживание		ЛС
12	Я люблю анализировать свое отношение к половым проблемам, свое собственное влечение		
13	Я нахожу ненормальности в своем половом влечении и стараюсь бороться с ними		ГЛ
14	Считаю, что половым проблемам не следует придавать большого значения	ЛИ	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

VIII. ОТНОШЕНИЕ К ОДЕЖДЕ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Люблю костюмы яркие и броские		АВ
2	Считаю, что одетым надо быть всегда прилично, потому что встречают "по одежке"		
3	Для меня главное, чтобы одежда была удобной, аккуратной и чистой		
4	Люблю одежду модную и необычную, которая невольно привлекает взоры	ИИ	К
5	Никогда не следую общей моде, а ношу то, что мне самому понравилось	АС	
6	Люблю одеваться так, чтобы было к лицу	КФ	
7	Не люблю слишком модничать, считаю - надо одеваться как все		
8	Часто беспокоюсь, что мой костюм не в порядке		
9	Об одежде я мало думаю		
10	Мне часто кажется, что окружающие осуждают меня за мой костюм		
11	Предпочитаю темные и серые тона		
12	Временами мне хочется одеться модно и ярко, временами своей одеждой не интересуюсь		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

IX. ОТНОШЕНИЕ К ДЕНЬГАМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки
----------	----------------------------	-----------------------------------

		1-е исследование	2-е исследование
1	Нехватка денег меня раздражает		М
2	Деньги меня совершенно не интересуют	Ц	ЭИД
3	Очень огорчаюсь и расстраиваюсь, когда денег не хватает		
4	Не люблю заранее рассчитывать все расходы, легко беру в долг, даже если знаю, что к сроку отдать мне будет трудно	ИМ	
5	Я очень аккуратен в денежных делах и, зная неаккуратность многих, не люблю давать в долг		
6	Если у меня взяли в долг, я стесняюсь об этом напомнить	ЛА	И
7	Я всегда стараюсь оставить деньги про запас на непредвиденные расходы		
8	Деньги мне нужны только для того, чтобы как-нибудь прожить		
9	Стараюсь быть бережливым, но не скупым, люблю тратить деньги с толком		
11	Всегда боюсь, что мне не хватит денег, и очень не люблю брать в долг		
12	Периодами я к деньгам отношусь легко и трачу их не задумываясь, периодами все пугаюсь остаться без денег		
13	Я никогда никому не позволяю ущемлять меня в деньгах		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

Х. ОТНОШЕНИЕ К РОДИТЕЛЯМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Очень боюсь остаться без родителей	П	
2	Я считаю, что родителей надо уважать, даже если хранишь в сердце против них обиду		
3	Люблю и привязан, но бывает сильно обижаюсь и даже сержусь	ЛЛВ	
4	В одни периоды мне кажется, что меня слишком опекали, в другие - укоряю себя за непослушание и причиненные родным огорчения		
5	Мои родители не дали мне того, что необходимо в жизни	Е	К
6	Упрекаю их в том, что в детстве они недостаточно уделяли внимания моему здоровью		
7	Очень люблю (любил) одного из родителей		
8	Я люблю их, но не переношу, когда мною распоряжаются и командуют	ЕФФ	

9	Очень люблю мать и боюсь, что с ней что-нибудь случится	ПП	
10	Упрекаю себя за то, что недостаточно сильно люблю (любил) родителей	М	
11	Они меня слишком сильно притесняли и во всем навязывали свою волю	Е	ГЛПЭ
12	Мои родные меня не понимают и кажутся мне чужими	ШЕ	
13	Я считаю себя виноватым перед ними	Эd	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	ОЕ	О

XI. ОТНОШЕНИЕ К ДРУЗЬЯМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Мне не раз приходилось убеждаться, что дружат из выгоды	Д	
2	Хорошо себя чувствую с тем, кто мне сочувствует		
3	Для меня важен не один друг, а дружный хороший коллектив	ГЦ	d
4	Я ценю такого друга, который, умеет меня выслушать, приободрить, вселить уверенность, успокоить	К	
5	О друзьях, с кем пришлось расстаться, я долго не скучаю и быстро нахожу новых		
6	Я чувствую себя таким больным, что мне не до друзей		И
7	Моя застенчивость мешает мне подружиться с тем, с кем мне хотелось бы	СС	
8	Я легко завязываю дружбу, но часто разочаровываюсь и охлаждаю		
9	Я предпочитаю тех друзей, которые внимательны ко мне		
10	Я сам выбираю себе друга и решительно бросаю его, если разочаровываюсь в нем		
11	Я не могу найти себе друга по душе		
12	У меня нет никакого желания иметь друга		Д
13	Периодами я люблю большие дружеские компании, периодами избегаю их и ищу одиночества		
14	Жизнь научила меня не быть слишком откровенным даже с друзьями	Л	
15	Люблю иметь много друзей и тепло отношусь к ним	А	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XII. ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки
----------	----------------------------	-----------------------------------

		1-е исследование	2-е исследование
1	Я окружен глупцами, невеждами и завистниками		
2	Окружающие мне завидуют и потому ненавидят меня		ЭФ
3	В одни периоды мне хорошо с людьми, в другие периоды они меня тяготят		
4	Я считаю, что самому не следует выделяться среди окружающих		
5	Стараюсь жить так, чтобы окружающие не могли сказать обо мне ничего плохого	ММ	
6	Мне кажется, что окружающие меня презирают и смотрят на меня свысока		
7	Легко схожусь с людьми в любой обстановке	Г	С
8	Больше всего со стороны окружающих я ценю внимание к себе		
9	Я быстро чувствую хорошее или недоброжелательное отношение к себе и также отношусь сам		
10	Я легко ссорюсь, но быстро мирюсь	В	С
11	Я часто и подолгу размышляю, правильно или неправильно я что-нибудь сказал или сделал в отношении окружающих		
12	Людное общество меня быстро утомляет и раздражает		
13	От окружающих я стараюсь держаться подальше		П
14	Я не знаю своих соседей и не интересуюсь ими		
15	Мне часто кажется, что окружающие подозревают меня в чем-то плохом		
16	Мне приходилось терпеть от окружающих много обид и обманов и это всегда настораживает меня	d	
17	Мне часто кажется, что окружающие смотрят на меня, как на никчемного и ненужного человека		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

ХIII. ОТНОШЕНИЕ К НЕЗНАКОМЫМ ЛЮДЯМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Я отношусь настороженно к незнакомым людям и невольно опасаясь зла с их стороны	ЭЭ	Г
2	Бывает, что незнакомый человек мне сразу внушает доверие и симпатию		ЭЭ
3	Я избегаю новых знакомств		
4	Незнакомые люди внушают мне беспокойство и тревогу		

5	Прежде чем познакомиться, я всегда хочу узнать, что это за человек, что говорят о нем люди		
6	Я никогда не доверяюсь незнакомым людям и не раз убеждался, что в этом я прав		
7	Если незнакомые проявляют интерес ко мне, то и я с интересом отношусь к ним		
8	Незнакомые люди меня раздражают, к знакомым я уже как-то привык	Ц	Г
9	Я охотно и легко завожу новые знакомства	ГЦ	С
10	Временами я охотно знакоюсь с новыми людьми, временами ни с кем знакомиться не хочется		
11	В хорошем настроении я легко знакоюсь, в плохом - избегаю знакомств		
12	Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить первым	СС	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XIV. ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Я считаю, что всякий человек не должен отрываться от коллектива	И	ШШ
2	В одиночестве я чувствую себя спокойнее	СШШ	
3	Я не переношу одиночества и всегда стремлюсь быть среди людей	ГЭН	СПШШШ
4	Периодами мне лучше среди людей, периодами предпочитаю одиночество	ЛА	
5	В одиночестве я размышляю или беседую с воображаемым собеседником		ЭИВ
6	В одиночестве я скучаю по людям, а среди людей быстро устаю и ищу одиночества	d	
7	Большей частью я хочу быть на людях, но иногда хочется побыть одному		
8	Я не боюсь одиночества	Ш	
9	Я боюсь одиночества и тем не менее так получается, что нередко оказываюсь в одиночестве		
10	Я люблю одиночество		
11	Одиночество я переношу легко, если только оно не связано с неприятностями	Л	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XV. ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование

1	Я мечтаю о счастливом будущем, но боюсь неприятностей и неудач		
2	Будущее кажется мне мрачным и бесперспективным		
3	Я стараюсь жить так, чтобы будущее было хорошим	М	
4	В будущем меня больше всего беспокоит мое здоровье		
5	Я убежден, что в будущем исполнятся мои желания и планы	ГГ	
6	Не люблю много раздумывать о своем будущем		
7	Мое отношение к будущему часто и быстро меняется: то строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным	П	
8	Я утешаю себя тем, что в будущем исполнятся все мои желания	Э	
9	Я всегда невольно думаю о возможных неприятностях и бедах, которые могут случиться в будущем		
10	Мои планы на будущее я люблю разрабатывать в малейших деталях и во всех деталях стараюсь их осуществить	П	
11	Я уверен, что в будущем докажу всем свою правоту	d	
12	Я живу своими мыслями и меня мало волнует, каким в действительности окажется мое будущее		
13	Периодами мое будущее кажется мне светлым, периодами – мрачным		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XVI. ОТНОШЕНИЕ К НОВОМУ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Периодами я легко переношу перемены в своей жизни и даже люблю их, но периодами начинаю их бояться и избегать		
2	Новое меня привлекает, но вместе с тем беспокоит и тревожит		
3	Я люблю перемены в жизни - новые впечатления, новых людей, новую обстановку вокруг		
4	У меня бывают моменты, когда я жадно ищу новые впечатления и новые знакомства, но бывает, когда я избегаю их		
5	Я сам люблю придумывать новое, все переиначивать и делать по-своему, не так, как все	Ш	

6	Новое меня привлекает, но часто быстро утомляет и надоедает		Э
7	Не люблю всяких новшеств, предпочитаю раз установленный порядок		ИД
8	Я боюсь перемен в жизни: новая обстановка меня пугает	d	
9	Новое приятно, если только обещает для меня что-то хорошее	ЛЭ	
10	Меня привлекает лишь то новое, что соответствует моим принципам и интересам	ПШШЭ	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XVII. ОТНОШЕНИЕ К НЕУДАЧАМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Свои неудачи я переживаю сам и ни у кого не ищу сочувствия и помощи	ШВ	ППЭ
2	Периоды, когда я активно борюсь с неудачами, чередуются у меня с периодами, когда у меня от малейших неудач опускаются руки		ЭЭ
3	Неудачи приводят меня в отчаяние	Э	В
4	Неудачи вызывают у меня сильное раздражение, которое я изливаю на невинных		
5	Если случается неудача, то я всегда ищу что же я сделал неправильно	И	
6	Неудачи вызывают у меня протест и негодование и желание их преодолеть		
7	Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным	ЭЭd	
8	При неудачах мне хочется убежать куда-нибудь подальше и не возвращаться		Л
9	Бывает, что малейшие неудачи приводят меня в уныние, но бывает, что серьезные неприятности я переношу стойко		
10	Неудачи меня пугают, и я прежде всего виню самого себя	П	Ц
11	Неудачи меня не задевают, я не обращаю на них внимания		
12	При неудачах я еще больше мечтаю о свершении своих желаний		
13	Я считаю, что при неудачах нельзя отчаиваться	К	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XVIII. ОТНОШЕНИЕ К ПРИКЛЮЧЕНИЯМ И РИСКУ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки
----------	----------------------------	-----------------------------------

		1-е исследование	2-е исследование
1	Люблю всякие приключения, даже опасные, охотно иду на риск	Г	СС
2	Я много раз взвешиваю все "за" и "против" и все никак не решаюсь рискнуть	С	
3	Мне не до приключений, а рискую я только, если к этому принуждают обстоятельства	СМ	
4	Я не люблю приключений и избегаю риска		
5	Я люблю мечтать о приключениях, но не ищу их в жизни		ЭЭ
6	Временами я люблю приключения, и часто рискую, но временами приключения и риск становятся мне не по душе	В	
7	Приключения я люблю только веселые и те, что хорошо кончаются	Ф	
8	Я специально не ищу приключений и риска, но иду на них, когда это требует мое дело		
9	Приключения и риск меня привлекают, если в них мне достается первая роль	Г	
10	Бывает, что риск и азарт меня совершенно опьяняют		ЛН
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

ХІХ. ОТНОШЕНИЕ К ЛИДЕРСТВУ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Я могу идти впереди других в рассуждениях но не в действиях	Ц	
2	Я люблю быть первым в компании, руководить и направлять других		
3	Я люблю опекать кого-либо, кто мне понравится		
4	Я всегда стремлюсь учить людей правилам и порядку		И
5	Одним людям я нехотя подчиняюсь, другими командую сам		
6	Периодами я люблю "задавать тон", быть первым, но периодами мне это надоедает		
7	Я люблю быть первым там, где меня любят, бороться за первенство я не люблю	ПП	
8	Я не умею командовать другими	ЛС	
9	Я не люблю командовать другими - ответственность меня пугает		И
10	Всегда находятся люди, которые слушаются меня и признают мой авторитет		

11	Я люблю быть первым, чтобы мне подражали, за мной бы следовали другие		
12	Я охотно слеую за авторитетными людьми		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XX. ОТНОШЕНИЕ К КРИТИКЕ И ВОЗРАЖЕНИЯМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Я не слушаю критики и возражений и всегда думаю и делаю по-своему	ШШЕ	К
2	Слушая возражения и критику, я ищю доводы в свое оправдание, но не всегда решаюь их высказать		
3	Возражения и критика меня особенно раздражают, когда я устал и плохо себя чувствую		
4	Критика и осуждения в мой адрес лучше равнодушия и пренебрежения ко мне		
5	Не люблю, когда меня критикуют и когда мне возражают - сержусь и не всегда могу сдержать свой гнев	Е	Л
6	Когда меня критикуют или мне возражают, это меня сильно огорчает и приводит в уныние		
7	От критиков мне хочется убежать подальше	HEd	
8	В одни периоды критику и возражения переношу легко, в другие - очень болезненно	Т	
9	Возражения и критика меня очень огорчают, если они резкие и грубые по форме, даже если они касаются мелочей	А	
10	Я не слышал еще справедливой критики в свой адрес или справедливых возражений моим доводам	Е	ПП
11	Я стараюсь правильно реагировать на критику	Ц	d
12	Я убедился, что критикуют обычно только для того, чтобы тебе напакостить или самим выдвинуться	Е	И
13	Если меня критикуют или мне возражают, мне всегда начинает казаться, что другие правы, а я нет		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	OE	AO

XXI. ОТНОШЕНИЕ К ОПЕКЕ И НАСТАВЛЕНИЯМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Я слушаю наставления только тех, кто имеет на это право	ЦПМ	
2	Я охотно слушаю те наставления, которые касаются моего здоровья	ЭЭ	
3	Не выношу, когда меня опекают и за меня все решают	ДЕ	
4	Я не нуждаюсь в наставлениях	Е	

5	Я охотно слушаю того, кто, знаю, меня любит		
6	Я стараюсь слушать полезные наставления, но это не всегда у меня получается	ЦЛ	
7	Временами все наставления пролетают мимо моих ушей, и по временам я ругаю себя за то, что не слушал их раньше		
8	Совершенно не переношу наставлений, если они даются начальственным тоном	Е	
9	Я внимательно слушаю наставления и не противлюсь, когда меня опекают		И
10	Я охотно слушаю те наставления, что мне приятны, и не переношу тех, что мне не по душе		
11	Я люблю, когда обо мне заботятся, но не люблю, чтобы мною командовали	ИИЕФФ	
12	Я не решаюсь прервать даже вовсе никчемные для меня наставления или избавиться от ненужного для меня покровительства		И
13	Наставления вызывают у меня желание делать все наоборот	ЕФФФ	
14	Я допускаю опеку над собой в повседневной жизни, но не над моим душевным миром	ЕФФ	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	ОЕ	О

XXII. ОТНОШЕНИЕ К ПРАВИЛАМ И ЗАКОНАМ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Когда правила и законы мне мешают, это вызывает у меня раздражение	Е	К
2	Всегда считаю, что для интересного и заманчивого дела всякие правила и законы можно обойти	ГГЕ	С
3	Логически обоснованные правила стараюсь соблюдать		
4	Я часто боюсь, что меня по ошибке примут за нарушителя законов	d	Г
5	Ужасно не люблю всякие правила, которые меня стесняют	Е	Л
6	Периоды, когда я не очень слежу за тем, чтобы соблюдать все правила и законы, чередуются с периодами, когда я упрекаю себя за недисциплинированность		
7	Всякие правила и распорядок вызывают у меня желание нарочно их нарушать	Е	Ц
8	Правила и законы я всегда соблюдаю		ddd
9	Всегда слежу за тем, чтобы все соблюдали правила		И
10	Часто упрекаю себя за то, что нарушаю правила и не строго соблюдаю законы	d	

11	Я стараюсь соблюдать правила и законы, но это не всегда мне удается	ЛФ	
12	Строго следую тем правилам, которые считаю справедливыми, борюсь с теми, которые считаю несправедливыми		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	ОЕ	О

XXIII. ОЦЕНКА СЕБЯ В ДЕТСТВЕ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	В детстве я был робким и плаксивым		
2	Очень любил сочинять всякие сказки и фантастические истории	Г	
3	В детстве я избегал шумных и подвижных игр		
4	Я был как все дети и ничем не отличался от своих сверстников.	Д	Ц
5	Периодами мне кажется, что в детстве я был живым и веселым, периодами начинаю думать, что был очень непослушным и беспокойным		
6	Я с детства был самостоятельным и решительным		
7	В детстве я был веселым и отчаянным	Г	С
8	В детстве я был обидчивым и чувствительным	СС	
9	В детстве я был очень непоседливым и болтливым		
10	В детстве я был таким же как сейчас: меня легко было огорчить, но легко успокоить и развеселить	Л	
11	С детства я стремился к аккуратности и порядку		ИИ
12	В детстве я любил играть один или смотреть издали, как играют другие дети		Л
13	В детстве я больше любил беседовать со взрослыми, чем играть со сверстниками	И	
14	В детстве я был капризным и раздражительным	ЭЭ	Л
15	В детстве я плохо спал и плохо ел		
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XXIV. ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Любил вместо школьных занятий отправиться с товарищами погулять или сходить в кино	ГЭИНН	
2	Сильно переживал замечания и отметки, которые меня не удовлетворяли	Э	ЭЭН
3	В младших классах любил школу, потом она стала меня тяготить	Ц	
4	Периодами любил школу, периодами она мне начинала надоедать	Ф	

5	Не любил школу, потому что педагоги относились ко мне несправедливо		
6	Школьные занятия меня очень сильно утомляли	d	
7	Больше всего любил школьную самостоятельность		
8	Любил школу, потому что там была веселая компания		
9	Стеснялся ходить в школу: боялся насмешек и грубости		И
10	Очень не любил физкультуры		
11	Посещал школу регулярно и всегда активно участвовал в общественной работе		IIIIdd
12	Школьная обстановка меня очень тяготила		
13	Старался аккуратно выполнять все задания	Ц	d
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

XXV. ОЦЕНКА СЕБЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ

№ выбора	Тема и предлагаемые выборы	Баллы по шкале объективной оценки	
		1-е исследование	2-е исследование
1	Мне не хватает холодной рассудительности	М	Г
2	Временами я доволен собой, временами ругаю себя за нерешительность и вялость	ТТ	
3	Я слишком мнителен, без конца тревожусь и беспокоюсь обо всем	А	
4	Я не виновен в том, что возбуждаю зависть у других		
5	Мне не хватает усидчивости и терпения		
6	Считаю, что я ничем не отличаюсь от большинства людей		ПП
7	Мне не хватает решительности		
8	Я не вижу у себя больших недостатков	ЭИ	А
9	В хорошие минуты я вполне доволен собой, в минуты дурного настроения мне кажется, что мне не хватает то одного, то другого качества		
10	Я слишком раздражителен		М
11	Другие находят у меня крупные недостатки, я считаю, что они преувеличивают	d	
12	Я страдаю от того, что меня не понимают	ШИ	
13	Я чрезмерно чувствителен и обидчив	С	М
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	О	О

Дополнительные баллы, начисляемые за показатели по графику

Показатели по графику	Начисляемые баллы
-----------------------	-------------------

Г=0 или Г=1

П, С

Ц=6 или Ц>6

Л

А=4 или А>4

Л

П=0 или П=1	Н
Н=0 или Н=1	П
К=0	Ш, Ш, И
К=1	Ш
Д=6 или Д>6	Н
Т>Д	П, П, Ц
В=5	Э
В=6 или В>6	Э, Э
Е=6 или Е>6	Ш, И
d=5 или d>5	Ш
О=6 или О>6	С
М<Ф (у мальчиков)	С, Ш, И
V=-6 и ниже	С
V=+6 и выше	И
Наличие ошибок в выборах (один и тот же номер выбора на одну тему в 1-м и 2-м исследовании)	
за 1 ошибку	Э
за 2 и более ошибок	Э, Э

ПОРТАТИВНЫЙ КОД РАСШИФРОВКИ РЕЗУЛЬТАТОВ

Публикуемый ниже портативный код ускоряет обработку результатов. В таблицах названы темы опросника («Самочувствие» и др.) и перечисляются только номера выборов, за которых начисляются баллы по разным шкалам: в первой таблице за первое исследование (наиболее подходящие выборы), во второй - за второе исследование (наиболее отвергаемые выборы).

Тема	Первое исследование		Второе исследование		Тема	Первое исследование		Второе исследование	
Самочувствие	1	А	2	d	Настроение	1	ГН	2	Г
	2	ГММ	1	С		2	П	1	d
	3	Ц	0	О		6	ЦА	0	О
	4	П	0			7	Ш	0	
	5	АА				1	СЛ		
	8	Ц				0	Т		
	9	ННД				1	О		
		О				1			
						0			
Сон	1	ГНММ	2	Э	Пробуждение	1	Э	1	Л
	3	К	4	В		3	Т	2	К
	4	Ad	5	Ц		4	С	7	ЛМ
		Ц	1	А		6	Ф	0	О
	6								

	7 10 0	А ЛА О	4 0	О		8 9 1 1 1 2 0	А НН d Ц О		
Аппетит	1 2 3 5 6 7 11 15 17 0	Ш Т А ЛЛП СТ М Н М Ц О	3 1 6 0	ЦЭМ И О	Спиртные напитки	1 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 2 1 3 0	+2 М+1 ГГ+2 -1 -1 С-3 +1 П СПШ-3 Цd А О	1 4 5 6 7 8 1 0 1 1 3 0	Ц С-1 +2 +1 ЦЛ+2 Ф +1 И Л ОЭ
Сексуальные проблемы	1 10 13 14 0	ННД М ТТТ ЛИ О	1 2 5 7 8 1 1 1 3 0	М Ц НН КВ ИИ ЛС ГЛ О	Одежда	4 5 6 0	ИИ АС КФ О	1 4 0	АВ К О
Деньги	2 4 6 0	Ц ИМ ЛА О	1 2 6 0	М ЭИД И О	Родители	1 3 5 8 9 1 0 1 1 1 2 1 3 0	П ЛЛВ Е ЕЕФ ПП М Е ШЕ Эd ОЕ	5 1 1 0	К ГЛПЭ О
Друзья	1 3 4 7	Д ГЦ К СС	3 6 1 2	d И Д О	Окружающие	5 7 1 0	ММ Г В d	2 7 1 0	ЭФ С С П

	14	Л	0			1	О	1	О
	15	А				6		3	
	0	О				0		0	

Продолжение портативного кода расшифровки результатов

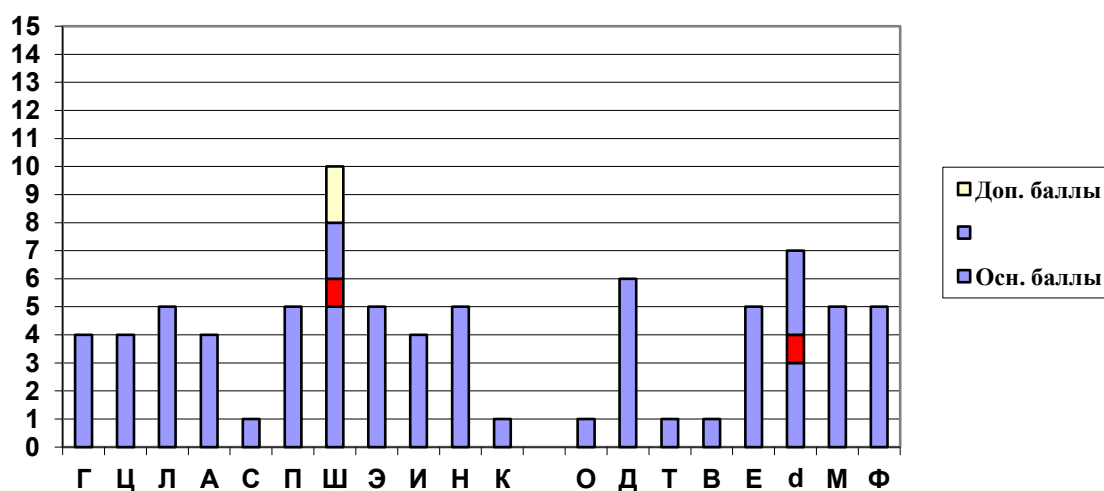
Тема	Первое исследование		Второе исследование		Тема	Первое исследование		Второе исследование	
Незнакомые	1	ЭЭ	1	Г	Одиночество	1	И	1	ППШ
	8	Ц	2	ЭЭ		2	СШШ	3	СПШШШ
	9	ГЦ	8	Г		3	ГЭН	5	ЭИВ
	12	СС	9	С		4	ЛА	0	О
	0	0	0	О		6	d		
						8	Ш		
				11	Л				
				0	О				
Будущее	3	М	0	О	Новое	5	Ш	6	Э
	5	ГГ				8	d	7	ИД
	7	П				9	ЛЭ	0	О
	8	Э				10	ППШЭ		
	10	Ц				0	0		
	11	d							
0	О								
Неудачи	1	ШВ	1	ППЭ	Приключения	1	Г	1	СС
	3	Э	2	ЭЭ		2	С	5	ЭЭ
	5	И	3	В		3	СМ	10	ЛН
	7	ЭЭd	8	Л		6	В	0	О
	10	П	10	Ц		7	Ф		
	13	К	0	О		9	Г		
0				0	О				
Лидерство	1	Ц	4	И	Критика	1	ШШЕ	1	К
	7	ПП	9	И		5	Е	5	Л
	8	ЛС	0	О		7	НЕd	10	ПП
	0	О				8	Т	11	d
						9	А	12	И
						10	Е	0	О
				11	Ц				
				12	Е				
				0	ОЕ				
Опека	1	ЦПМ	9	И	Правила	1	Е	1	К
	2	ЭЭ	12	И		2	ГГЕ	2	С
	3	ДЕ	0	О		4	d	4	Г
	4	Е				5	Е	5	Л
	6	ЦЛ				7	Е	7	Ц
	8	Е				10	d	8	ddd
11	ИИЕФФ			11	ЛФ	9	И		
13	ЕФФФ			0	ОЕ	0	О		
14	ЕФФ								
0	ОЕ								
Детство	2	Г	4	Ц	Школа	1	ГЭИНН	2	ЭЭН
	4	Д	7	С		2	Э	9	И
	7	Г	11	ИИ		3	Ц	11	ППШdd
	8	СС	12	Л		4	Ф	13	d
	10	Л	14	Л		6	d	0	О
	13	И	0	О		13	Ц		
14	ЭЭ			0	О				
0	0								
Оценка в данный момент	1	М	1	Г					
	2	ТТ	6	ПП					
	3	А	8	А					
	8	ЭИ	10	М					
	11	d	13	М					
	12	ШИ	0	О					
13	С								
0	О								

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПОСТРОЕНИЯ ГРАФИКА

Для подсчета баллов удобно строить график. На нем баллы в пользу каждого типа и каждого показателя, полученные в 1–м и во 2–м исследованиях, суммируются арифметически, т.е. все они откладываются на графиках. К ним приплюсовываются дополнительные баллы на основании оценки построенного графика (см. в конце «Текста ПДО»).

На приведенном ниже в качестве примера графике синим цветом отложены баллы в пользу каждого типа и каждого показателя за выборы в «Тексте ПДО», светло-желтым цветом отложены дополнительные баллы на основании оценки построенного графика (в пользу типа Ш 1 балл за $K=1$ и 1 балл за $d=6$). Красным цветом обозначено минимальное диагностическое число.

График № 1. Обработка результатов исследования с помощью ПДО



Оценку графика удобно проводить в следующем порядке.

Определение конформности. Если $K=0$ или $K=1$, то это свидетельствует о низкой конформности и даже о нонконформизме. В самооценке это наиболее присуще представителям типа И и особенно представителям типа Ш. При $K=2$, $K=3$ конформность умеренная, при $K=4$, $K=5$ — средняя, при $K=6$ и более баллам — высокая.

Определение негативного отношения к исследованию. Величина показателя «О», равная 7 и более баллам, свидетельствует о скрытом негативном отношении к исследованию. Надежность диагностики типа при этом снижается. Показатель «О», равный 6 и более баллам, чаще всего встречается при сенситивном типе.

Определение возможной склонности к диссимуляции. Если показатель Д превышает показатель Т на 4 и более баллов (см. график № 1), то это свидетельствует в пользу возможной диссимуляции. Это снижает точность диагностики типа и практически полностью исключает правильную

диагностику типов Ц и К. Сам по себе высокий показатель Д (безотносительно к величине Т), равный 6 и более баллам, наиболее часто встречается при типе Н.

Определение повышенной откровенности. Если $T > D$, то это свидетельствует о повышенной откровенности. Чаще всего это встречается при типах Ц и особенно П.

Указание на возможную органическую природу психопатии и акцентуации характера. Может быть получено при помощи индекса В (brain minimal damage), если его величина равна 5 и более баллам. Показатель $V < 5$ не исключает органического генеза, так как лишь в 45% клинически верифицированных органических психопатий этот показатель равен 5 и более баллам. Обратная ошибка ($V = 5$ или $V > 5$) при отсутствии органического резидуума, или черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и нейроинтоксикаций в анамнезе не превышает 8%. Высокий показатель В встречается также при типе Э.

Определение отражения реакции эмансипации в самооценке проводится на основании показателя Е: если он равен 0 или 1 — реакция эмансипации слабая, если равен 2 или 3 — умеренная, если 4 или 5 — выраженная, если 6 и более баллам — очень сильная. Показатель Е, равный 6 и более баллам, чаще всего встречается при типах Ш и И. Наоборот, типам С и П выраженная реакция эмансипации не свойственна, поэтому при $E = 4$ эти типы не диагностируются независимо от числа баллов в их пользу. У типа Г реакция эмансипации нередко бывает резко выражена в поведении, но ее отражение в самооценке гораздо более умеренное.

Оценка склонности к делинквентности. Осуществляется только для подростков мужского пола. Указанием на возможную склонность к делинквентности служит показатель d, если он равен 4 баллам и более. Но у представителей типа Ш часто бывает высоким безо всякой склонности к делинквентности. При типе Н этот показатель обычно низок, но здесь нет нужды в особом показателе для выявления склонности к делинквентности, так как в условиях безнадзорности, как правило, обнаруживается делинквентное поведение.

Оценка черт мужественности-женственности в системе отношений. Осуществляется по разности между показателями М (маскулинности) и Ф (феминности). Если М-Ф дает положительную величину, то в системе отношений преобладают черты мужественности, если отрицательную — женственности. При психопатиях и выраженных акцентуациях преобладание черт может не соответствовать физическому полу. При психопатиях у девочек нередко преобладают черты М, а у мальчиков с истероидной, шизоидной и сенситивной психопатией и акцентуацией могут преобладать черты Ф.

Определение психологической склонности к алкоголизации (показатель v). Осуществляется без графика. Числовые баллы за выборы по теме «Отношение к спиртным напиткам», полученные в 1-м и во 2-м

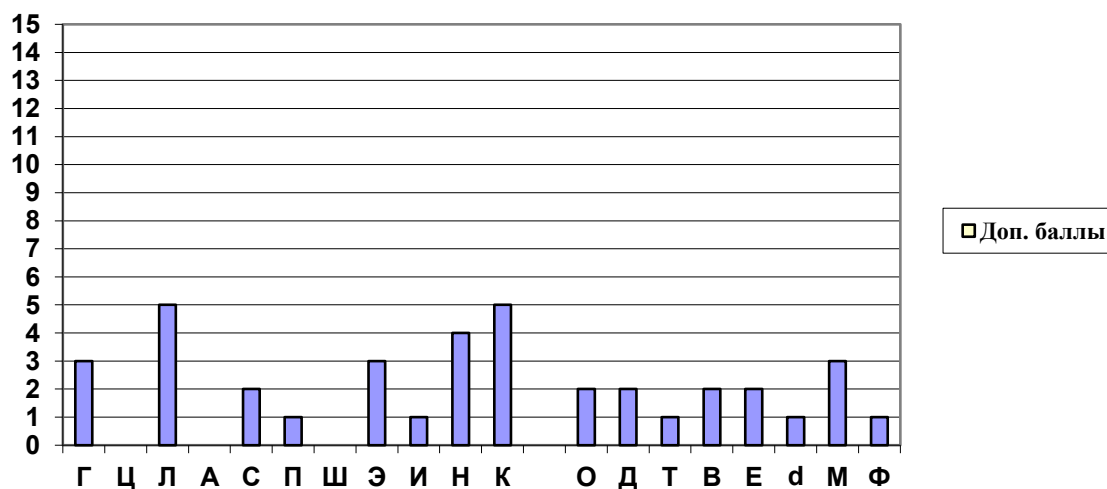
исследованиях, суммируются алгебраически, т.е. с учетом знака. При итоговой величине +2 и выше можно предполагать психологическую склонность к алкоголизации. Очень высокие показатели (+6 и выше) свидетельствуют не об интенсивной алкоголизации, а о стремлении выставить напоказ свою склонность к выпивкам (часто встречается при типе И). Отрицательная величина говорит об отсутствии психологической склонности к алкоголизации (чаще имеет место у типа С), а величина, равная 0 или +1, является неопределенным результатом.

Диагностика типов психопатий и акцентуаций характера. Является основной, диагностической процедурой. Осуществляется с помощью следующих правил.

ПРАВИЛО 0. Тип считается неопределенным, если по шкале объективной оценки не набрано минимальное диагностическое число (МДЧ) баллов ни для одного из типов.

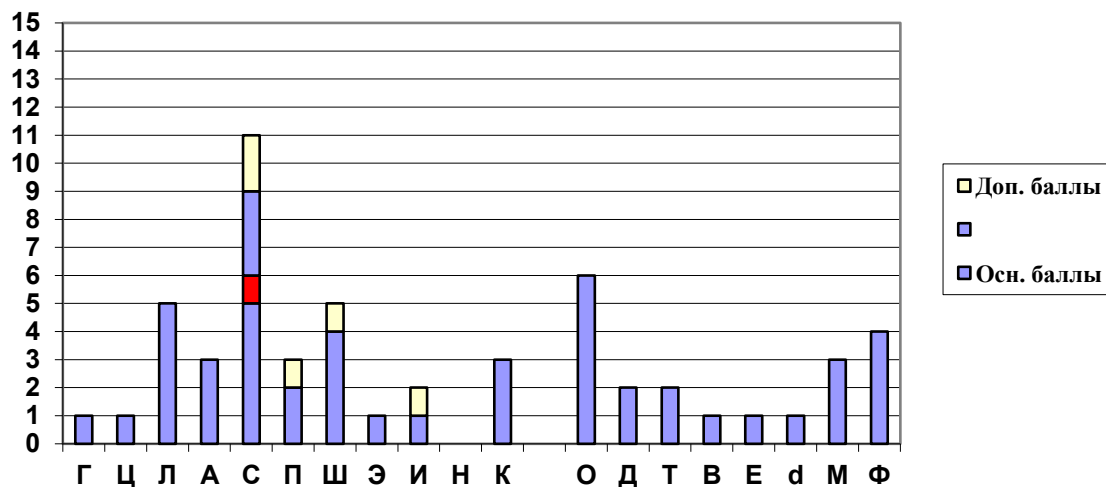
МДЧ неодинаково для разных типов и равно: для типа Г — 7 баллов, для типа А — 5 баллов, для всех остальных типов — 6 баллов (см. график № 2).

График № 2. Тип не диагностирован



ПРАВИЛО 1. Если МДЧ достигнуто, или превышено только для одного типа, то диагностируется этот тип (кроме случаев, предусмотренных правилами 2 и 3). См. график № 3.

График № 3. Диагностирован тип С



ПРАВИЛО 2. Если установлена возможность диссимуляции (Д больше Т на 4 или более баллов, см. график № 1), то типы Ц и К не диагностируются независимо от числа набранных в их пользу баллов.

ПРАВИЛО 3. Если реакция эмансипации выражена в самооценке (Е больше или равно 4), то типы С и П не диагностируются независимо от числа набранных в его пользу баллов.

ПРАВИЛО 4. Если МДЧ достигнуто или превышено в отношении типа К и еще другого (других) типов, то тип К не диагностируется независимо от числа набранных в его пользу баллов.

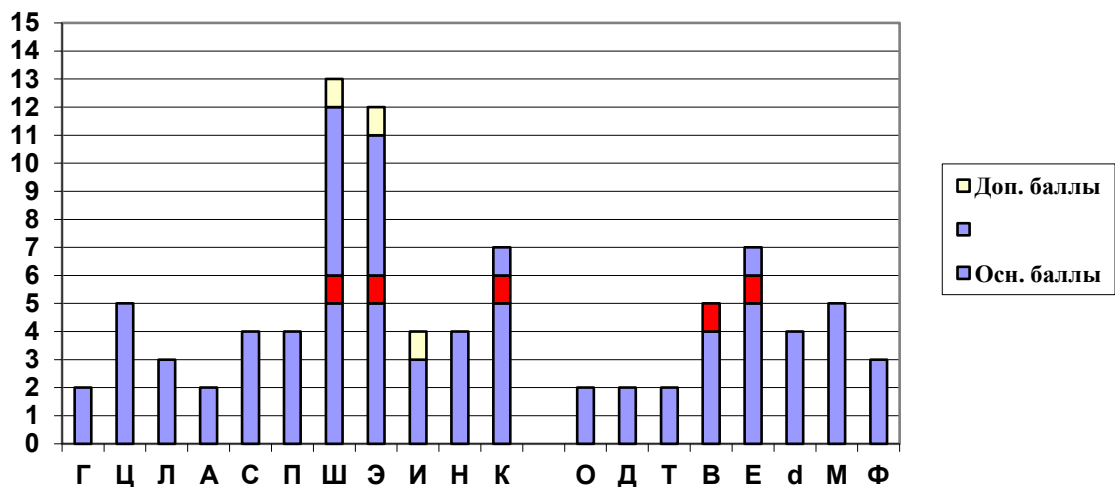
ПРАВИЛО 5. Если после исключений, сделанных по правилам 2, 3 и 4 оказывается, что МДЧ достигнуто или превышено в отношении еще двух типов, то:

а) в случае нижеперечисленных совместимых сочетаний диагностируется смешанный тип (см. график 4):

ЛА	ЛС	ЛИ	ЛН
ШЭ	ШИ	ШН	
ЭИ	ЭН	ИН	
ГЦ	ГН	ГИ	
АС	АП	АИ	
СП	СШ		
ПШ			

Исключение - случай, предусмотренный правилом 6;

График № 4. Диагностирован смешанный тип ШЭ с высокой реакцией эмансипации и значимым показателем В.



б) в случаях остальных сочетаний, признанных несовместимыми, диагностируется тот из двух типов, в пользу которого получено большее превышение в баллах над его МДЧ (см. график 5);

в) если в отношении двух несовместимых типов имеется одинаковое в числе баллов превышение над их МДЧ, то для исключения одного из типов руководствуются следующим принципом доминирования — сохраняется тип, указанный после знака равенства (См. график 6):

Ц+А=А	Г+Л=Г	Л+П=П	А+Ш=Ш	С+Э=Э	П+Э=Э
Ц+С=С	Г+А=А	Л+Ш=Ш	А+Э=Э	С+И=И	П+И=И
Ц+П=П	Г+С=Г	Л+Э=Э	А+Н=Н	С+Н=Н	П+Н=Н
Ц+Ш=Ш	Г+П=П				
Ц+Э=Э	Г+Ш=Ш				
Ц+И=И	Г+Э=Э				
Ц+Н=Н					

График № 5. Диагностирован тип Э как более превышающий над своим МДЧ и склонность к делинквентности.

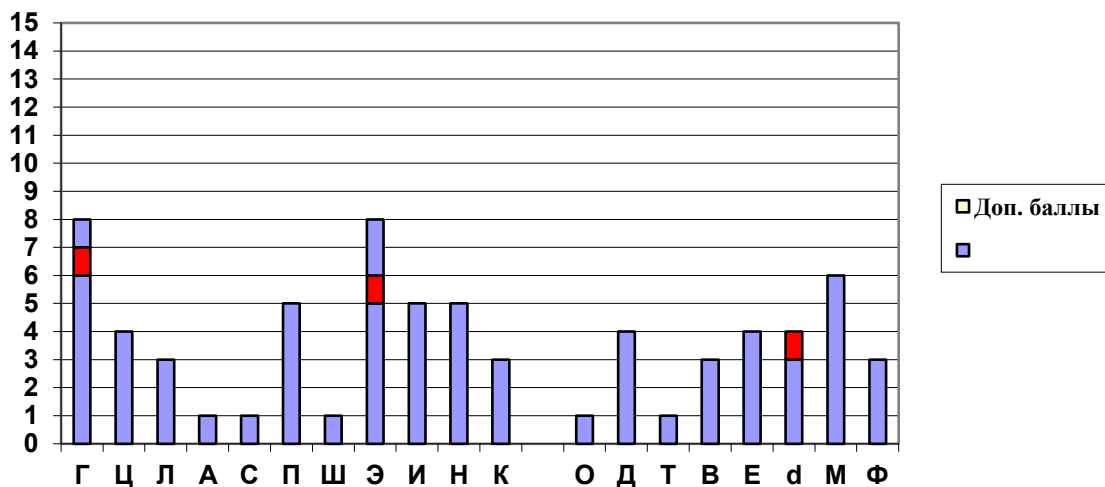
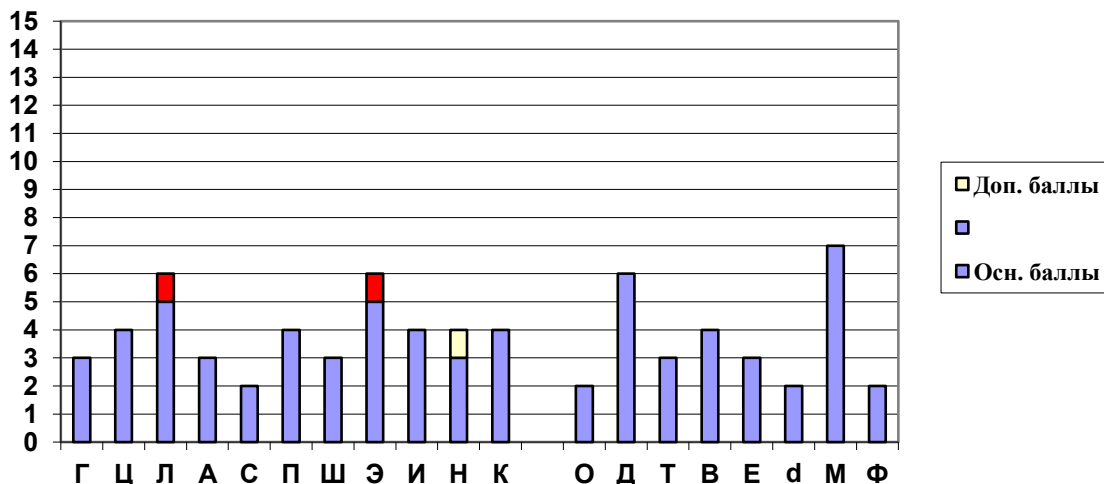
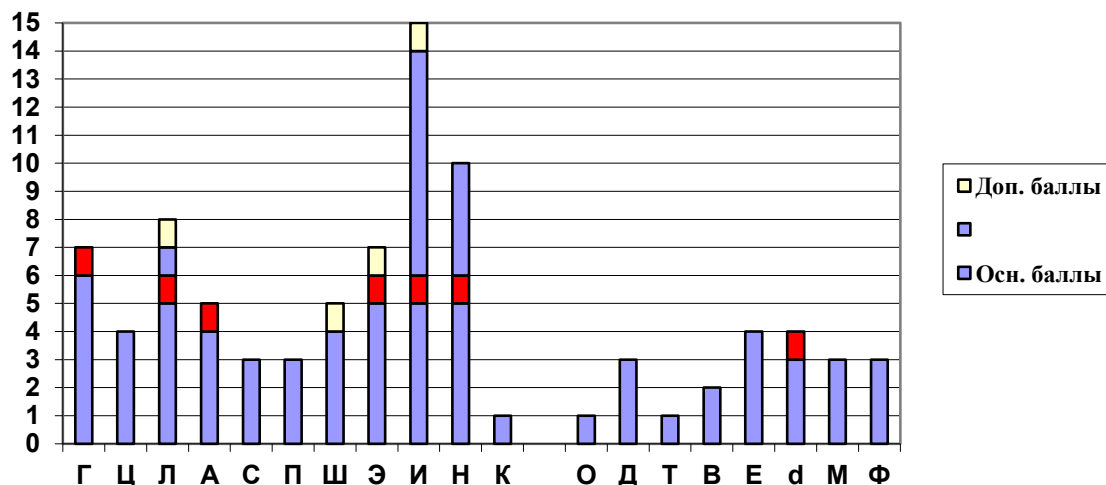


График № 6. Диагностирован тип Э.



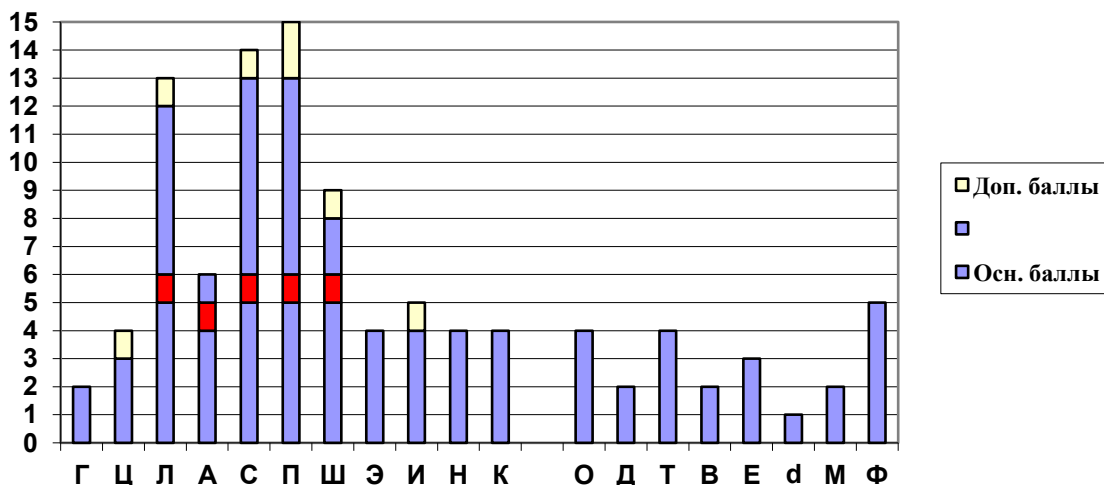
ПРАВИЛО 6. Если в пользу какого-либо типа набрано столь большое число баллов, что превышение над его МДЧ больше превышения другого (других) типов над их МДЧ оказывается не менее, чем на 4 балла, то эти отстающие на 4 и более баллов типы е диагностируются даже, если сочетание с ними совместимо (см. график № 7).

График № 7. Диагностирован тип И, отмечена склонность к
 нонконформизму и делинквентности.



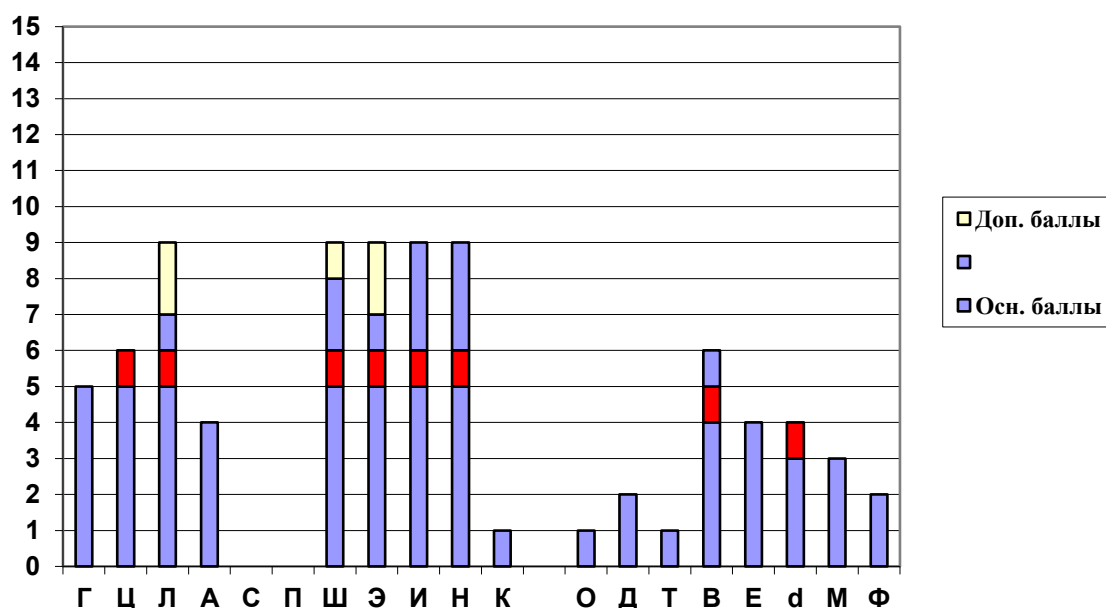
ПРАВИЛО 7. Если МДЧ достигнуто или превышено в отношении трех и более типов и по правилам 2, 3, 4 и 6 их не удастся сократить до двух, то среди этих типов отбираются два, в пользу которых получено наибольшее превышение в баллах над их МДЧ и далее руководствуются правилом 5 (см. график № 8).

График № 8. Диагностирован смешанный тип СП, отмечена
 повышенная откровенность и преобладание черт феминности
 (у мальчиков).



ПРАВИЛО 8. Во всех остальных случаях, при необходимости сделать выбор между несколькими типами, в отношении которых МДЧ только достигнуто или набрано одинаковое число баллов, превышающее их МДЧ, диагностируются 1–3 типа, которые в соответствии с правилом 5 совмещаются с наибольшим числом из остальных сравниваемых (см. график № 9).

График № 9. Диагностируется тип И как совместимый с наибольшим числом других типов (Л, Э, Ш, И), отмечен неконформизм, значимый показатель В, склонность к делинквентности.



В соответствии с этими правилами оценка графика № 1 будет следующей. Диагностирован шизоидный тип. Обнаружена склонность к диссимуляции, низкая конформность и выраженная реакция эмансипации. Высокий показатель делинквентности вследствие диагностики шизоидного типа о ней свидетельствовать не может. Преобладания черт мужественности или женственности не выявлено.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ШКАЛЫ

Специальные шкалы могут использоваться при решении отдельных вопросов медико-психологической диагностики, когда в этом возникает необходимость. Большинство из них построено на оценке графика обработки результатов, что упрощает процедуру, не требуя снова обращаться к опросным листам и выискивать в них подходящие номера выборов. Исключение составляет только шкала риска ранней половой жизни у девочек.

РИСК СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Выявление риска социальной дезадаптации (шкалы Ю.В.Попова — Н.Я.Иванова) возможно, если с помощью ПДО определен гипертимный (Г), лабильный (Л), сенситивный (С), шизоидный (Ш), эпилептоидный (Э), истероидный (И), неустойчивый (Н) типы акцентуаций характера. Если диагностирован смешанный тип, то ориентируются на тот тип, в отношении которого набрано наибольшее число баллов (например, диагностирован смешанный гипертимно-неустойчивый тип, но по Г набрано 8 баллов, по Н 6 баллов — пользуются шкалой для типа Г). Если при диагностике смешанного

типа в отношении каждого из типов выбрано равное число баллов, то пользуются шкалой того из них, где выявляются признаки дезадаптации.

Ниже обозначены заголовками диагностируемые типы акцентуаций и под ними приведены признаки дезадаптации — величины показателей по шкалам ПДО, являющиеся таковыми признаками для данного типа. Наличие хотя бы одного из признаков говорит о риске — дезадаптации, наличие двух и более признаков делает этот риск высоким. Суммарные показатели (Г+Н, А+С+П) получают арифметическим сложением баллов по данным отдельным признакам.

Дп-амбивалентность подразумевает наличие и положительных, и отрицательных баллов по шкале депрессии независимо от суммарной оценки по ней (см. далее «Склонность к депрессии»).

Типы акцентуации и признаки дезадаптации

Тип акцентуации	Признаки дезадаптации
Гипертимный тип	Г=11 и больше Э=7 и больше Н=8 и больше Д=5 и больше Е=5 и больше Г+Н=19 и больше
Шизоидный тип	Л=6 и больше Ш=12 и больше d=5 и больше
Лабильный тип	Л=12 и больше Ш=7 и больше Н=7 и больше Е=4 и больше d=4 и больше
Сенситивный тип	С=11 и больше Э=6 и больше d=3 и больше Дп-амбивалентность
Эпилептоидный тип	Ш=7 и больше И=8 и больше Н=8 и больше Е=5 и больше d=5 и больше
Истероидный тип	А=5 и больше П=8 и больше И=13 и больше Н=7 и больше d=6 и больше
Неустойчивый тип	Ц=6 и больше И=10 и больше В=5 и больше А+С+П=7 и больше

Таблица 2

Оценка по шкале социальной дезадаптации при определении ее валидности (по данным Ю.В.Попова и Н.Я.Иванова)

Социальная дезадаптация	Группы подростков (%)		
	Психопатия	Транзиторные непсихические расстройства	Адаптированные учащиеся школ и ПТУ
Не обнаружена			
Обнаружена, в том числе:	26	44	81
по 1 признаку	48	36	12
по 2 признакам	18	14	7
по 3 признакам и более	16	6	—

Обращают внимание два вида признаков риска дезадаптации. Один из них — высокий показатель в баллах именно того типа акцентуации, который был диагностирован. При минимальном диагностическом числе 6–7 баллов величина 10–13 баллов для гипертимного, лабильного, сенситивного, шизоидного, истероидного и неустойчивого типов служит признаком риска дезадаптации. Исключение составляет эпилептоидный тип — здесь высокий показатель эпилептоидности о риске дезадаптации не свидетельствует. Вероятно, это связано с существованием так называемых «гиперсоциальных эпилептоидов», у которых черты их типа акцентуации могут быть ярко выражены. Другой вид признаков — высокие показатели в отношении тех типов, которые трудно совместимы или даже в определенной мере полярны тому типу акцентуации, который диагностирован. Это — высокие показатели эпилептоидности у гипертимного и сенситивного типов, шизоидности у лабильного типа и лабильности у шизоидного, психастенического у истероидного типа, циклоидности и суммы баллов астенических типов у неустойчивого. Возможно, что определенная тенденция к дискордантности характера может служить дезадаптирующим фактором. Возможно также, что подобные противоположные черты служат проявлением реакции гиперкомпенсации. Значение других признаков высокого риска, как то высокие показатели склонности к делинквентности, эмансипации и неустойчивости, понятно.

ВОЗМОЖНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОПАТИЙ (РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ)

Выявление признаков, указывающих на возможность формирования психопатии, осуществляется после определения типа характера на основании показателей графика. Тот же график служит одним из источников для выявления признаков возможной психопатизации (см. таблицу 3).

При пользовании перечисленными в таблице признаками, указывающими на вероятность формирования психопатии, следует руководствоваться следующими правилами:

1. Отсутствие указанных признаков не может свидетельствовать против клинического диагноза психопатии, так как в 30% случаев, клинически верифицированных как психопатии, эти признаки могут отсутствовать.

2. Наличие указанных признаков (одного или нескольких) у подростков с нарушениями поведения может расцениваться как один из доводов в пользу диагноза психопатии, но не как решающий диагностический фактор.

3. Обнаружение указанных признаков в результатах, полученных с помощью ПДО при массовых обследованиях подростков в популяции, не может служить прямым указанием для подозрения в отношении психопатии. Однако такие подростки нуждаются в более тщательном и детальном психологическом обследовании как возможные случаи с повышенным риском в отношении психопатического развития.

Среди приведенных ранее графиков возможность формирования психопатии может быть заподозрена:

на графике № 4 — шизоидный тип, Ш=13

на графике № 7 — истероидный тип, А=5

на графике № 8 — сенситивный тип, С=12

Таблица 3

Признаки, указывающие на вероятность формирования психопатии

Тип характера, определяемый с помощью ПДО	Признаки, указывающие на вероятность формирования психопатии (по показателям графика)	Частота обнаружения хотя бы одного из признаков (%) при:		
		психопатиях	акцентуациях с	
			Транзиторными нарушениями	стабильной адаптацией
Гипертимный	Н=10 и больше К=0 Е=6 и больше	75	5	5
Лабильный	А=6 и больше Ш=7 и больше К=0	60	10	5

	Д=6 и больше			
Сенситивный	С=12 и больше	75	15	10
Шизоидный	Г=1 и меньше Л=1 и меньше Ш=13 и больше d=4 и больше V=+4 и больше ²	85	10	10
Эпилептоидный	Г=0 Ц=8 и больше К=1 и меньше d=6 и больше 2 ошибки ³ и более, при Э=10 и больше	60	25	10
Истероидный	А=5 и больше О=6 и больше Е=6 и больше	65	20	10
Неустойчивый	Н=12 и больше К=1 и меньше В=5 и больше V=-6 и ниже	70	5	5

² V - балл по шкале психологической склонности к алкоголизации.

³ Сущность ошибок объяснена выше, в таблице «Начисление дополнительных баллов».

СКЛОННОСТЬ К ДЕПРЕССИИ

Определение риска депрессии (шкала Др) делается по графику.

Положительные начисляются за:	баллы	Отрицательные начисляются за:	баллы
Г=2 и меньше С=7 и больше Н=2 и меньше Т>Д М<Ф (у подростков мужского пола)		Г=7 и больше И=7 и больше Н=7 и больше Д-Т=4 и больше	

За каждый из перечисленных показателей начисляется один положительный или отрицательный балл. Результат суммируется. Если в сумме получается результат с отрицательным знаком, то риск депрессии отвергается. Если получается величина +2 и выше, то отмечается риск депрессии; если результат оказывается нулевым или равен +1, то он считается неопределенным.

На приведенных графиках оценка будет следующей:

График № 1 -1 (Д>Т на 4 балла) — отрицание риска

График № 2 0

График № 3 +4 (Г=1, С>7, Н=0, М<Ф у мальчиков) — высокий риск депрессии

График № 4 +1 (Г=2) — результат неопределенный и т.д.

РИСК ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ И ДРУГИМИ ДУРМАНЯЩИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Описано два вида риска, связанного со злоупотреблением наркотиками и другими токсическими веществами (А.Е.Личко, В.С.Битенский, 1991). Один вид риска — начало злоупотребления, другой — риск развитие зависимости у начавших злоупотреблять. Именно на оценку первого вида риска нацелена предлагаемая шкала — на выявление в подростковой популяции тех, для кого морально-этические и дисциплинарные факторы не служат серьезной преградой для того, чтобы испытать «кайф», пережить развлекающие галлюцинации и т.п. Шкала была разработана Б.М.Гузиковым, А.А.Вдовиченко, Н.Я.Ивановым (1993) путем сопоставления графиков оценки результатов обследования с помощью ПДО у подростков, никогда не употреблявших упомянутые психоактивные вещества, и тех, кто их эпизодически употреблял, а также у подростков с токсикоманией. В итоге разработана следующая шкала.

Показатели риска злоупотребления психоактивными веществами

Показатели	Число баллов в пользу риска
С=2 и меньше	2
Э=7 и больше	1
Н=7 и больше	2
V= +4 и больше	1

Суммарная оценка в 0–1 балл принята за отсутствие риска, 2 балла — за умеренный риск, 3 балла — за выраженный риск, 4–6 баллов — за очень высокий риск.

Оценка валидности данной шкалы, осуществленная на других группах подростков, представлена в таблице 4.

Таким образом, предлагаемая шкала в 82% позволяет выявить контингент склонных к злоупотреблению и лишь в 16% можно предполагать «гипердиагностику» риска среди не склонных к злоупотреблению. Это делает шкалу достаточно валидной.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИСТИННЫХ И ДЕМОНСТРАТИВНЫХ СУИЦИДНЫХ ПОПЫТОК

Считается, что более половины суицидных попыток в подростковом возрасте являются демонстративными, т.е. без настоящего намерения умереть, а лишь разыграть для окружающих спектакль, производящий впечатление суицидной попытки с целью привлечь к себе внимание, добиться каких-то преимуществ, избавиться от грозящих неприятностей. Тем не менее различить истинные и демонстративные суицидные попытки не всегда легко. По клиническим данным (А.Е.Личко, 1983) у подростков около 30% составляют не вполне ясные случаи. Именно поэтому была поставлена задача попытаться использовать обследование с помощью ПДО для дифференциальной диагностики между истинными и демонстративными суицидными попытками. Соответствующая шкала была разработана Н.Я.Ивановым и Ю.В.Поповым (1994).

Шкала дифференциальной диагностики истинных и демонстративных суицидных попыток

В пользу истинной попытки начисляется 1 балл со знаком плюс за каждый из следующих показателей:	В пользу демонстративной попытки начисляется 1 балл со знаком минус за каждый из следующих показателей:
С=6 и больше Н=2 и больше Т>Д Др=+2 и больше ⁴ Дискордантность характера ⁵	Г=7 и больше С=3 и меньше И=7 и больше Н=6 и больше Др=-2 и ниже

⁴ Др — показатель склонности к депрессии (см. "Склонность к депрессии").

⁵ Дискордантность характера — феномен, когда при диагностике определенного типа акцентуации характера одновременно оказывается достаточно высоким показатель такого типа, который с ним не совместим.

Признаками дискордантности служат:

Диагностируемый тип	Признаки дискордантности
Гипертимный	С=6 и больше П=6 и больше Ш=6 и больше
Циклоидный	Ш=6 и больше
Сенситивный	Э=6 и больше И=6 и больше
Психастенический	Н=6 и больше
Шизоидный	Г=6 и больше Ц=6 и больше
Эпилептоидный	С=6 и больше
Истероидный	С=6 и больше
Неустойчивый	П=6 и больше
Кроме того, при высоком показателе эмансипации	С=6 и больше П=6 и больше

Диагностическая процедура состоит в том, что полученные по шкале дифференциальной диагностики истинных и демонстративных суицидных попыток баллы со знаком плюс и минус суммируются алгебраически.

Если полученная сумма имеет знак плюс (от +1 до +5), то попытка расценивается как истинная, если со знаком минус (от -1 до -5) — как демонстративная. При нулевом результате он считается неопределенным.

Оценка валидности шкалы, проведенная на других группах подростков с суицидными попытками, представлена в таблице 5.

РИСК РАННЕЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ У ДЕВОЧЕК

Шкала оценки данного риска была разработана Б.М.Слуцкиным (1991) путем сопоставления результатов исследования с помощью ПДО подростков женского пола, начавших половую жизнь до 16 лет и их сверстниц — учащихся средних школ, не имевших половых контактов. Данная шкала отличается от предыдущей тем, что построена она не на оценке графика результатов с помощью ПДО, а на учете некоторых выборов в определенных темах ПДО в 1-м и во 2-м исследованиях.

Шкала риска ранней половой жизни у девочек

Баллы в пользу риска (за каждый из следующих выборов начисляется 1 балл со знаком плюс):		Баллы против риска (за каждый из следующих выборов начисляется 1 балл со знаком минус):	
Тема выбора	№	Тема выбора	№
1-Е ИССЛЕДОВАНИЕ		1-Е ИССЛЕДОВАНИЕ	
Отношение к спиртным напиткам	13	Настроение	8
Отношение к родителям	13	Сон и сновидения	11
Отношение к критике и возражениям	10	Отношение к спиртным напиткам	7

Отношение к правилам и законам	4	Отношение к одежде	8
Отношение к школе	1	Отношение к родителям	3
2-Е ИССЛЕДОВАНИЕ		Отношение к окружающим	9
Отношение к спиртным напиткам	6	Отношение к одиночеству	11
	9	Отношение к новому	3
Сексуальные проблемы	2	Отношение к неудачам	13
Отношение к критике и возражениям	9	Отношение к лидерству	7
Отношение к правилам и законам	8	2-Е ИССЛЕДОВАНИЕ	
Отношение к школе	6	Сон и сновидения	8
		Аппетит и отношение к еде	11
		Отношение к правилам и законам	7

Результат в баллах суммируется алгебраически (с учетом знака). Установлены следующие критерии для оценки риска на основе суммарного итога:

- 3 и ниже — риск отсутствует,
- 0, -1, -2 — результат неясен,
- +1 и выше — риск высокий.

Оценка данной шкалы на валидность, осуществленная на других группах подростков, представлена в таблице 6.

Бланки ответов

Регистрационный лист № 1 (1-е исследование)

Фамилия, имя, отчество _____

Поставьте в графе "Номера выбранных ответов" номера тех ответов, которые наиболее для Вас подходят. Более трех выборов в одной таблице делать не разрешается.

Названия таблиц	Номера выбранных ответов	Раскодирование
Самочувствие		
Настроение		
Сон и сновидения		
Пробуждение ото сна		
Аппетит и отношение к еде		
Отношение к спиртным напиткам		
Сексуальные проблемы		
Отношение к одежде		

Отношение к деньгам		
Отношение к родителям		
Отношение к друзьям		
Отношение к окружающим		
Отношение к незнакомым		
Отношение к одиночеству		
Отношение к будущему		
Отношение к новому		
Отношение к неудачам		
Отношение к приключению и риску		
Отношение к лидерству		
Отношение к критике и возражениям		
Отношение к опеке и наставлениям		
Отношение к правилам и законам		
Оценка себя в детстве		
Отношение к школе		
Оценка себя в данный момент		

Регистрационный лист № 2

(2-е исследование)

Фамилия, имя, отчество _____

Поставьте в графе "Номера наиболее неподходящих ответов" номера тех ответов, которые наиболее для Вас не подходят. В каждой таблице разрешается отмечать не более трех номеров.

Названия таблиц	Номера наиболее неподходящих ответов	Раскодирование
Самочувствие		

Настроение		
Сон и сновидения		
Пробуждение ото сна		
Аппетит и отношение к еде		
Отношение к спиртным напиткам		
Сексуальные проблемы		
Отношение к одежде		
Отношение к деньгам		
Отношение к родителям		
Отношение к друзьям		
Отношение к окружающим		
Отношение к незнакомым		
Отношение к одиночеству		
Отношение к будущему		
Отношение к новому		
Отношение к неудачам		
Отношение к приключению и риску		
Отношение к лидерству		
Отношение к критике и возражениям		
Отношение к опеке и наставлениям		
Отношение к правилам и законам		
Оценка себя в детстве		
Отношение к школе		
Оценка себя в данный момент		

МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ЗНАЧЕНИЯ ДИСКРИМИНАНТНОЙ ФУНКЦИИ

Для определения точности выводов о сниженных адаптационных возможностях и особенностях преодоления кризисных ситуаций результаты тестирования можно обработать путем выявления *значения дискриминантной функции* по формуле, используя следующие коэффициенты канонической дискриминантной функции и значения по соответствующим шкалам используемых методик:

$$\begin{aligned} \text{ЗДФ} = & - 0,029 * \text{ОТВЛ} - 0,216 * \text{АЛЬТР} - 0,187 * \text{ИЗБ} + 0,213 * \text{КОМП} + \\ & 0,104 * \text{АКТ} + 0,117 * \text{ИЗОЛ} - 0,119 * \text{СОТР} - 0,092 * \text{ОБРПОД} - 0,104 * \text{ИГНОР} + 0,051 * \\ & \text{СМИР} - 0,034 * \text{ДИССИМ} + 0,071 * \text{САМООБЛ} + 0,031 * \text{ПРОБЛАН} + 0,157 * \text{ОТНОС} - \\ & 0,066 * \text{РЕЛИГ} + 0,053 * \text{РАСТЕР} - 0,176 * \text{СМЫСЛ} - 0,165 * \text{ЦЕНН} + 0,192 * \text{ПРОТ} + \\ & 0,064 * \text{ЭМРАЗГР} + 0,074 * \text{ПОДЭМ} - 0,298 * \text{ОПТИМ} + 0,199 * \text{КООП} + 0,364 * \text{ПОКОР} \\ & + 0,89 * \text{САМООБВ} - 0,09 * \text{АГР} \end{aligned}$$

Примечание: * – знак умножения; ЗДФ – значение дискриминантной функции; ПБФ-значение по шкале покорность, безнадежность, фатализм; РАСТ-значение по шкале растерянность; ОПТ-значение по шкале оптимизм; ОТВЛ-значение по шкале отвлечение; АГР-значение по шкале агрессивность; СМБВ-значение по шкале самообвинение; ПРОТ-значение по шкале протест; УЙТИ-значение по шкале попытки уйти от проблемы; ИГНОР-значение по шкале игнорирование; ЭМРЗ-значение по шкале эмоциональная разгрузка; КОМП-значение по шкале компенсация; ПОГЛПР-значение по шкале поглощенность проблемой; ДИССИМ-значение по шкале диссимуляция; АЛЬТР-значение по шкале альтруизм; ОТНОС-значение по шкале относительность; ПОДЭМ-значение по шкале подавление эмоций; СОХРСМБЛ-значение по шкале сохранение самообладания; АКТИЗБ-значение по шкале активное избегание; ПРАН-значение по шкале проблемный анализ; СМИР-значение по шкале смирение; СОТР-значение по шкале сотрудничество; ПРСМЫСЛ-значение по шкале придание смысла; ПАСКООП-значение по шкале пассивная кооперация; КАКТ-значение по шкале конструктивная активность; ОБРПОД-значение по шкале обращение за поддержкой; СОБЦЕН-значение по шкале установка собственной ценности; РЕЛИГ-значение по шкале религиозность.

По распределению значений дискриминантной функции можно судить о неадаптивных копинг-стратегиях, что говорит о вероятности возникновения суицидоопасных состояний при столкновении с жизненными трудностями. Учащиеся с такими особенностями должны быть учтены как «группа риска» для последующей социально-психологической опеки и педагогического наблюдения. При этом заключение о включении студента в группу риска делается при значении дискриминантной функции $\text{ЗДФ} \geq 1,695$.

Методика определения нервно-психической устойчивости, риска, дезадаптации в стрессе «Прогноз» Методика имеет две шкалы: шкалу надежности и шкалу нервно-психической устойчивости. Обработка результатов начинается с первой шкалы. Если сумма баллов по ней составляет 10 и более, то оценка по второй шкале не проводится, результаты обследования считаются недостоверными. Показатель шкалы 2 получают простым суммированием положительных и отрицательных ответов, совпадающих с ключом.

Описание: методика содержит 84 вопроса, на каждый из которых предлагается дать ответ "да" или "нет". Обследование может проводиться как индивидуально, так и в группе.

Процедура проведения: испытуемому предлагается протокол с вопросами. Ему необходимо ответить на каждый вопрос "да" или "нет", отмечая при этом свой ответ определенным образом в соответствующих графах в бланке ответов.

Обработка данных: Подсчитывается сумма баллов – правильных ответов, соответствующих "ключу":

"ДА" - вопросы: 3, 5, 7, 10, 16, 20, 26, 27, 29, 32, 35, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84;

"НЕТ" - вопросы: 2, 12, 13, 14, 19, 21, 23, 24, 28, 30, 33, 38, 39, 46, 54, 55, 58, 61, 68.

Методика содержит шкалу для проверки искренности ответов: "НЕТ" - вопросы: 1, 4, 6, 8, 9, 11, 15, 17, 18, 22, 25, 31, 34, 36, 43.

Начинать подведение итогов следует с проверки искренности ответов респондента: если по данной шкале опрашиваемый набирает 5 и более баллов, результаты опроса недостоверны, ибо человек хочет казаться лучше, а не таким, какой он есть.

Интерпретация результатов: Показатель по шкале НПУ получают путем простого суммирования положительных и отрицательных ответов, совпадающих с «ключом». Нервно-психическая неустойчивость тем больше, чем больше получено баллов. Полученный балл надо соотнести с условной шкалой НПУ; она в интервале от 1 до 10 пунктов. Чем больше значение пункта условной шкалы, тем больше нервно – психическая устойчивость.

Полученные баллы НПУ	Пункты шкалы НПУ	Значение пунктов шкалы НПУ
33 и более	1	Чем ниже пункт, тем больше нервно-психическая неустойчивость в стрессе
29-32	2	
23-28	3	

18-22	4	
14-17	5	среднее
11-13	6	Чем выше пункт, тем больше нервно-психическая устойчивость и меньше риск дезадаптации в стрессе
9-10	7	
7-8	8	
6	9	
5 и менее	10	

Характеристика уровней НПУ по данным анкеты «Прогноз»

29 и более – высокая вероятность нервно-психических срывов. Необходимо дополнительное медобследование психиатра, невропатолога.

14-28 – нервно-психические срывы вероятны, особенно в экстремальных условиях.

13 и менее – нервно-психические срывы маловероятны.

Инструкция: "Прочитав вопрос, ответьте на него "да" или "нет", отмечая свой ответ определенным образом в предложенном бланке ответов. Отвечайте исходя из того, что больше соответствует вашему состоянию или представлениям о себе".

1. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
2. В детстве у меня была такая компания, где все старались всегда и во всем стоять друг за друга.
3. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
4. Бывали случаи, когда я не сдерживал своих обещаний.
5. У меня часто болит голова.
6. Иногда я говорю неправду.
7. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
8. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
9. Бывает, что я сержусь.
10. Теперь мне трудно надеяться на то, что чего-нибудь добьюсь в жизни.
11. Бывает, что я откладываю на завтра то, что нужно сделать сегодня.
12. Я охотно принимаю участие во всех собраниях и других общественных мероприятиях.
13. Самая трудная борьба для меня – борьба с самим собой.
14. Мышечные судороги и подергивания у меня бывают очень редко.
15. Иногда, когда я неважно себя чувствую, я бываю раздражительным.
16. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
17. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.
18. Если мне не грозит штраф и машин по близости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.

19. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая как и у большинства моих знакомых.
20. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
21. Запоры у меня бывают редко.
22. В игре я предпочитаю выигрывать.
23. Последние несколько лет большую часть времени я чувствую себя хорошо.
24. Сейчас мой вес постоянен – я не полнею и не худею.
25. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.
26. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.
27. С моим рассудком творится что-то неладное.
28. Меня беспокоят мои сексуальные (половые) проблемы.
29. Когда я пытаюсь что-то сказать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
30. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как
31. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
32. Думаю, что я человек обреченный.
33. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
34. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.
35. Часто я вижу сны, о которых лучше никому не рассказывать.
36. Бывал, что при обсуждении некоторых вопросов особенно не задумываясь, соглашался с мнением других.
37. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
38. Моя внешность меня в общем устраивает.
39. Я вполне уверен в себе.
40. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
41. Кто-то управляет моими мыслями.
42. Я ежедневно выпиваю необычно много воды.
43. Бывает, что неприличная или непристойная шутка вызывает у меня смех.
44. Счастливей всего я бываю, когда один.
45. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
46. Я любил сказки Андерсена.
47. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
48. Меня злит, когда меня торопят.
49. Меня легко привести в замешательство.
50. Я легко теряю терпение с людьми.
51. Часто мне хочется умереть.
52. Бывало, что я бросал начатое дело, т.к. боялся, что не справлюсь с ним.
53. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
54. К вопросам религии я отношусь равнодушно – они не занимают меня.
55. Приступы плохого настроения бывают у меня редко.
56. Я заслуживаю сурового наказания за свои поступки.

57. У меня были очень необычные мистические переживания.
58. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
59. У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон.
60. Я человек нервный легко возбудимый.
61. Мне кажется, что обоняние у меня такое же, как и у других людей (не хуже).
62. Все у меня получается плохо, не так, как надо.
63. Я почти всегда ощущаю сухость во рту.
64. Большую часть времени я чувствую себя усталым.
65. Иногда я чувствую, что близок к нервному срыву.
66. Меня очень раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.
67. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
68. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
69. Мне очень трудно приспособиться к новым условиям жизни, работы. Переход к новым условиям жизни, работы, учебы кажется невыносимым.
70. Мне кажется, что по отношению именно ко мне особенно часто поступают несправедливо.
71. Я часто чувствую себя несправедливо обиженным.
72. Мое мнение часто не совпадает с мнением окружающих.
73. Я часто испытываю чувство усталости от жизни и мне не хочется жить.
74. На меня обращают внимание чаще, чем на других.
75. У меня бывают головные боли и головокружения из-за переживаний.
76. Часто у меня бывают периоды, когда мне никого не хочется видеть.
77. Мне трудно проснуться в назначенный час.
78. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным.
79. В детстве я был капризный и раздражительный.
80. Мне известны случаи, когда мои родственники лечились у невропатологов и психиатров.
81. Иногда я принимаю валериану, элениум, кодеин и другие успокаивающие средства.
82. У меня есть судимые родственники.
83. В юности я имел приводы в милицию.
84. Случалось, что мне грозили оставить в школе на второй год.

Бланк ответов

Ф.И.О. _____.

Возраст _____

Дата проведения _____

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1.		18.		35.		52.		69.	

2.		19.		36.		53.		70.	
3.		20.		37.		54.		71.	
4.		21.		38.		55.		72.	
5.		22.		39.		56.		73.	
6.		23.		40.		57.		74.	
7.		24.		41.		58.		75.	
8.		25.		42.		59.		76.	
9.		26.		43.		60.		77.	
10.		27.		44.		61.		78.	
11.		28.		45.		62.		79.	
12.		29.		46.		63.		80.	
13.		30.		47.		64.		81.	
14.		31.		48.		65.		82.	
15.		32.		49.		66.		83.	
16.		33.		50.		67.		84.	
17.		34.		51.		68.			

ТЕСТ СПИЛБЕРГЕРА-ХАНИНА

Технология использования теста достаточно проста. Обучающимся раздаются отпечатанные бланки опроса, которые состоят из двух частей (шкал). Первая часть включает вопросы с первого по двадцатый и измеряет тревожность как психическое состояние. Вторая – объединяет вопросы с двадцать первого по сороковой, измеряет тревожность как свойство личности. Обследуемых желательно рассадить по одному. Перед началом работы психологу необходимо установить контакт с аудиторией, настроить людей на доверчивость и искренность, дать гарантии того, что результаты исследования не будут использованы во вред испытуемым. Как показывает практика, время тестирования по данной методике составляет 15–20 минут. По его завершении исследователь собирает заполненные бланки и обрабатывает результаты при помощи ключа.

Если по двум шкалам тревожность высока – с обучающимся необходимо работать отдельно, выяснить при помощи других методов (наблюдения, эксперимента, беседы, экспертного опроса и. т. п. характер его поведения, привычки и привязанности, состояние здоровья и. т. п. Возможна и другая ситуация: личностная тревожность в норме, а ситуативная – высокая. В этом случае тоже необходим квалифицированный подход.

Регистрационный бланк

Фамилия _____ Дата _____

Инструкция:

ОЦЕНИТЕ СВОЕ СОСТОЯНИЕ

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1. Я спокоен	1	2	3	4
2. Мне ничего не угрожает	1	2	3	4
3. Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4. Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5. Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6. Я расстроен	1	2	3	4

7. Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8. Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9. Я встревожен	1	2	3	4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11. Я уверен в себе	1	2	3	4
12. Я нервничаю	1	2	3	4
13. Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14. Я взвинчен	1	2	3	4
15. Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16. Я доволен	1	2	3	4
17. Я озабочен	1	2	3	4
18. Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19. Мне радостно и приятно	1	2	3	4
20. Мне все безразлично	1	2	3	4

	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
21. Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22. Я обычно быстро устаю	1	2	3	4
23. Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26. Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27. Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29. Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30. Я вполне счастлив	1	2	3	4
31. Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32. Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33. Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4

35. У меня бывает хандра	1	2	3	4
36. Я доволен	1	2	3	4
37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39. Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

КЛЮЧ ДЛЯ ОБРАБОТКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА СПИЛБЕРГА-ХАНИНА

“Прямые вопросы”: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40.

“Обратные вопросы”: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Обработка и интерпретация результатов.

Первая шкала (вопросы 1–20) измеряет тревожность как психическое состояние. Подсчитываем количество баллов, полученных на “прямые” вопросы. Из полученной суммы вычитаем сумму баллов, полученных на “обратные” вопросы, и прибавляем число 50.

$$T_1 = E_n - E_o + 50$$

Где: T_1 – тревожность как состояние (ситуативная);

E_n – сумма баллов, полученных на “прямые” вопросы;

E_o – сумма баллов, полученных на “обратные” вопросы.

Величина 41 и ниже свидетельствует о низкой тревожности;

41–45 – умеренная тревожность

46 – и выше – высокая ситуативная тревожность личности.

Потом приступаем к определению тревожности как свойства личности – T_2 .

Методика подсчета прежняя.

Подсчитаем баллы по второй шкале (21–40 вопрос).

Результат получаем по формуле:

$$T_2 = E_n - E_o + 35$$

Величина, меньше 35 свидетельствует о высокой эмоциональной стабильности и, следовательно, низкой тревожности;

35–44 – показатель среднего уровня тревожности. Если полученный результат выше 45, мы вправе говорить о высокой тревожности личности.

МЕТОДИКА ИЗМЕРЕНИЯ ИМПУЛЬСИВНОСТИ

Методика разработана В. А. Лосенковым и предназначена для измерения импульсивности. Измеряемая ей импульсивность рассматривается как относительно устойчивая черта личности, противоположная целеустремленности, самообладанию, выдержке. Импульсивность как личностная особенность свидетельствует о недостаточном самоконтроле в межличностном общении и поведении, неустойчивости, неопределенности жизненных целей, ориентаций, интересов, недостаточной настойчивости в их реализации.

Процедура исследования

Исследование может проводиться с одним испытуемым или с небольшой группой. Испытуемому предлагают текст опросника с четырехбалльной шкалой ответов по каждому вопросу. При работе группы исследователю нужно следить за соблюдением строгой индивидуальности в выполнении теста.

Инструкция испытуемому: "Предлагаемый Вам тест-опросник содержит 20 вопросов. К каждому из вопросов дана шкала ответов. Внимательно прочитайте каждый вопрос и обведите кружочком номер выбранного Вами ответа. В тесте нет "плохих" и "хороших" ответов. Старайтесь почувствовать себя свободно и отвечать искренне. Предпочтительнее тот ответ, который первым пришел Вам в голову".

Опросник

- I. Если Вы беретесь за какое-то дело, то всегда доводите его до конца?
 1. Определенно, да. 2. Пожалуй, да. 3. Пожалуй, нет. 4. Нет, не всегда.
- II. Вы всегда спокойно реагируете на резкие или неудачные замечания в свой адрес?
 1. Определенно, да. 2. Пожалуй, да. 3. Пожалуй, нет. 4. Определенно, нет.
- III. Вы всегда выполняете свои обещания?
 1. Определенно, да. 2. Пожалуй, да. 3. Пожалуй, нет. 4. Определенно, нет.
- IV. Вы часто говорите и действуете под влиянием минутного настроения?
 1. Очень часто. 2. Довольно часто. 3. Довольно редко. 4. Почти никогда.
- V. В критических, напряженных ситуациях Вы хорошо владеете собой?
 1. Да, всегда владею. 2. Пожалуй, всегда. 3. Пожалуй, нет. 4. Нет, не владею.
- VI. У Вас часто без видимых или достаточно веских причин меняется настроение?

1. Такое случается очень часто. 2. Бывает время от времени. 3. Такое случается редко. 4. Такого вовсе не бывает.

VII. Вам часто приходится делать что-то наспех, когда поджимают сроки?

1. Определенно, да. 2. Пожалуй, да. 3. Пожалуй, нет. 4. Определенно, нет.

VIII. Вы могли бы назвать себя целеустремленным человеком?

1. Да, определенно мог бы. 2. Пожалуй, мог бы. 3. Скорее всего, не мог бы. 4. Нет, определенно не мог бы.

IX. В словах и поступках Вы придерживаетесь пословицы: "Семь раз отмерь, один раз отрежь"?

1. Да, всегда. 2. Часто. 3. Редко. 4. Нет, почти никогда.

X. Вы подчеркнуто равнодушны к тем, кто несправедливо ворчит и задирает Вас, например, в автобусе или трамвае?

1. Так я реагирую почти всегда. 2. Так я реагирую довольно часто. 3. Я редко так реагирую. 4. Я никогда так не реагирую.

XI. Вы сомневаетесь в своих силах и способностях?

1. Да, часто. 2. Иногда. 3. Редко. 4. Почти никогда.

XII. Вы легко увлекаетесь новым делом, но можете быстро к нему охладеть?

1. Определенно да. 2. Пожалуй, да. 3. Пожалуй, нет. 4. Определенно нет.

XIII. Вы умеете сдерживаться, когда кто-либо из начальства незаслуженно Вас упрекает?

1. Определенно да. 2. Пожалуй, да. 3. Пожалуй, нет. 4. Определенно нет.

XIV. Вам кажется, что Вы еще не нашли себя?

1. Согласен, именно так оно и есть. 2. Скорее всего, это так. 3. С этим я вряд ли соглашусь. 4. Я с этим определенно не согласен.

XV. Может ли под влиянием каких-либо новых обстоятельств Ваше мнение о самом себе не раз измениться?

1. Наверняка так. 2. Довольно вероятно. 3. Маловероятно. 4. Почти невероятно.

XVI. Обычно Вас трудно вывести из себя?

1. Определенно да. 2. Пожалуй, да. 3. Пожалуй, нет. 4. Определенно нет.

XVII. У Вас возникают желания, которые по разным обстоятельствам неосуществимы?

1. Такие желания возникают у меня часто. 2. Такие желания возникают время от времени. 3. У меня редко возникают такого рода желания. 4. Заведомо неосуществимых желаний у меня не возникает.

XVIII. Обсуждая с кем-либо важные жизненные проблемы, Вы замечаете, что Ваши собственные взгляды еще не вполне определились?

1. Да, часто замечаю. 2. Иногда замечаю. 3. Замечаю довольно редко. 4. Нет, никогда не замечаю.

XIX. Случается ли, что какое-то дело Вам так надоедает, что, не докончив его, Вы беретесь за новое?

1. Да, так часто случается. 2. Иногда так бывает. 3. Так бывает довольно редко. 4. Так почти никогда не случается.

XX. Вы несколько неуравновешенный человек?

1. Определенно да. 2. Пожалуй, да. 3. Пожалуй, нет. 4. Определенно нет.

Регистрационный бланк к методике

Вопрос	Ответ, баллы			
	1	2	3	4
1				
2				
20				

Обработка результатов

В процессе обработки результатов подсчитывают величину показателя импульсивности "Пи". Он представляет собой сумму баллов, набранную по шкалам всего тест-опросника.

В данном тест-опроснике четырехбалльная шкала ответов

Для вопросов 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 13, 16 номер шкалы соответствует количеству баллов, то есть 1, 2, 3 или 4.

Для вопросов 4, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20 баллы подсчитываются по шкале в обратном порядке, то есть шкале 1 соответствует балл 4; шкале 2 – 3, шкале 3 – 2 и шкала 1 равна 4 баллам.

Таким образом показатель импульсивности может варьировать у разных людей от 20 до 80 баллов.

Анализ результатов

Импульсивность – это черта, противоположная волевым качествам целеустремленности и настойчивости. Чем больше величина показателя импульсивности "Пи", тем больше импульсивности.

Уровень импульсивности может быть охарактеризован как высокий, средний и низкий.

Если величина "Пи" находится в пределах 66-80, то импульсивность высокого уровня, то есть выражена сильно; если его величина от 35 до 65 – то уровень ее средний, импульсивность умеренная, а если 34 и менее – то импульсивность низкого уровня. Высокий уровень импульсивности характеризует человека с недостаточным самоконтролем в общении и деятельности. Импульсивные люди часто имеют неопределенные жизненные планы, у них нет устойчивых интересов и они увлекаются то одним, то другим.

Люди с низким уровнем импульсивности, наоборот, целенаправленны, имеют ясные ценностные ориентации, проявляют настойчивость в достижении поставленных целей, стремятся доводить начатое дело до конца.

Методика «Ценностные ориентации»

Система ценностных ориентации определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизнедеятельности, основу жизненной концепции и "философии жизни".

Наиболее распространенной в настоящее время является методика изучения ценностных ориентации М. Рокича, основанная на прямом ранжировании списка ценностей. Последнее обстоятельство заставляет многих авторов сомневаться в надежности методики, так как ее результат сильно зависит от адекватности самооценки испытуемого. Поэтому данные, полученные с помощью теста Рокича желательно подкреплять данными других методик.

М. Рокич различает два класса ценностей:

- терминальные – убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться;
- инструментальные – убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации.

Это деление соответствует традиционному делению на ценности-цели и ценности-средства.

Процедура проведения

Респонденту предъявляются два списка ценностей (по 18 в каждом), либо на листах бумаги в алфавитном порядке, либо на карточках. В списках испытуемый присваивает каждой ценности ранговый номер, а карточки раскладывает по порядку значимости. Вначале предъявляется набор терминальных, а затем набор инструментальных ценностей.

Большее удобство для испытуемого (и большую точность результатов) дает использование не списков, а наборов отдельных карточек, на каждой из которых указана определенная ценность. Человек, сортирующий карточки, более сосредоточен и видит картину всех представленных ценностей более полно.

Обследование лучше проводить индивидуально, но возможно и групповое тестирование.

Инструкция

Сейчас Вам будет предъявлен набор из 18 карточек, где написаны ценности, базовые принципы, которыми Вы руководствуетесь в жизни. Ваша задача - разложить их по порядку значимости лично для Вас.

Внимательно изучите представленный список и выберите ту ценность, которая для Вас наиболее значима - она займет первое место (или получит первый ранг). Затем выберите вторую по значимости ценность и поместите

ее на второе место. Проранжируйте все предложенные ценности. Наименее важная останется последней и займет, соответственно, 18-е место.

Работайте не спеша, вдумчиво. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Конечный результат представит Вашу систему ценностей.

Для преодоления социальной желательности и более глубокого проникновения в систему ценностных ориентаций испытуемого возможны изменения инструкций, которые дают дополнительную диагностическую информацию и позволяют сделать более обоснованные выводы. Так, после основной серии можно попросить испытуемого ранжировать карточки, отвечая на следующие вопросы:

1. "В каком порядке и в какой степени (в процентах) реализованы данные ценности в Вашей жизни?"
2. "Как бы Вы расположили эти ценности, если бы стали таким, каким мечтали?"
3. "Как, на Ваш взгляд, это сделал бы человек, совершенный всех отношениях?"
4. "Как сделало бы это, по Вашему мнению, большинство людей?"
5. "Как это сделали бы Вы 5 или 10 лет назад?"
6. "Как это сделали бы Вы через 5 или 10 лет?"
7. "Как ранжировали бы карточки близкие Вам люди?"

Интерпретация результатов

Доминирующая направленность ценностных ориентаций человека фиксируется как занимаемая им жизненная позиция, которая определяется по критериям уровня вовлеченности в сферу труда, в семейно-бытовую и досуговую активность. Качественный анализ результатов исследования дает возможность оценить жизненные идеалы, иерархию жизненных целей, ценностей-средств и представлений о нормах поведения, которые человек рассматривает в качестве эталона.

Анализируя иерархию ценностей, следует обратить внимание на их группировку испытуемым в содержательные блоки на тех или иных основаниях.

Группы терминальных ценностей «КОНКРЕТНЫЕ» И «АБСТРАКТНЫЕ»

Конкретные ценности	Место в жизни	Абстрактные ценности	Место в жизни
Активная деятельная жизнь		Жизненная мудрость	
Здоровье		Красота природы и искусства	
Интересная работа		Любовь	

Материально обеспеченная жизнь		Познание	
Наличие хороших и верных друзей		Развитие	
Общественное признание		Свобода	
Продуктивная жизнь		Счастье других	
Счастливая семейная жизнь		Творчество	
Удовольствия		Уверенность в себе	

ЦЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ И ЛИЧНОЙ ЖИЗНИ

Профессиональная самореализация	Место в жизни	Личная жизнь	Место в жизни
Активная деятельная жизнь		Любовь	
Интересная работа		Наличие хороших и верных друзей	
Общественное признание		Свобода	
Продуктивная жизнь		Счастливая семейная жизнь	
Развитие		Удовольствия	

Группы инструментальных ценностей ЭТИЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ, ЦЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ, ЦЕННОСТИ ДЕЛА

Этические ценности	Место в жизни	Ценности общения	Место в жизни	Ценности дела	Место в жизни
Ответственность		Воспитанность		Аккуратность	
Высокие запросы		Жизнерадостность		Исполнительность	
Независимость		Непримиримость к недостаткам		Образованность	
Самоконтроль		Терпимость		Рационализм	
Широта взглядов		Чуткость		Смелость в отстаивании своего мнения	

		Честность		Твердая воля	
				Эффективность в делах	

ИНДИВИДУАЛИСТИЧЕСКИЕ, КОНФОРМИСТСКИЕ И АЛЬТРУИСТИЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ

Индивидуалистические ценности	Место в жизни	Конформистские ценности	Место в жизни	Альтруистические ценности	Место в жизни
Независимость		Воспитанность		Терпимость	
Непримиримость к недостаткам		Самоконтроль		Чуткость	
Рационализм		Широта взглядов			
Смелость в отстаивании своего мнения					
Твердая воля					

ЦЕННОСТИ САМОУТВЕРЖДЕНИЯ, ЦЕННОСТИ ПРИНЯТИЯ ДРУГИХ

Ценности самоутверждения	Место в жизни	Ценности принятия других людей	Место в жизни
Высокие запросы		Самоконтроль	
Независимость		Терпимость	
Непримиримость к недостаткам		Чуткость	
Образованность		Широта взглядов	
Смелость в отстаивании своего мнения		Честность	
Твердая воля			
Эффективность в делах			

Для практиков важно прояснить структуру ценностных ориентаций человека, определить ведущие ценности, диагностировать противоречивость или непротиворечивость ценностей. По результатам теста можно составить представление о закономерностях индивидуальной системы ценностных ориентаций личности. Если закономерности выявить не удастся, то можно предположить наличие у испытуемого противоречивой системы ценностей (или неискренности). В таком случае лучше повторить исследование и дополнить его данными, полученными с помощью других методик.

Стимульный материал к методике «Ценностные ориентации»

Список А (терминальные ценности):

1. активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни);
2. жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом);
3. здоровье (физическое и психическое);
4. интересная работа;
5. красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве);
6. любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком);
7. материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений);
8. наличие хороших и верных друзей;
9. общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе);
10. познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие);
11. продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей);
12. развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование);
13. развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей);
14. свобода (самостоятельность, независимость в суждениях поступках);
15. счастливая семейная жизнь;
16. счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом);
17. творчество (возможность творческой деятельности);
18. уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).

Список Б (инструментальные ценности):

1. аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах;
2. воспитанность (хорошие манеры);
3. высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания);
4. жизнерадостность (чувство юмора);
5. исполнительность (дисциплинированность);
6. независимость (способность действовать самостоятельно, решительно);
7. непримиримость к недостаткам в себе и других;
8. образованность (широта знаний, высокая общая культура);
9. ответственность (чувство долга, умение держать свое слово);

- 10.рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманые, рациональные решения);
- 11.самоконтроль (сдержанность, самодисциплина);
- 12.смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов;
- 13.твердая воля (умение настоять на своем, не отступить перед трудностями);
- 14.терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения);
- 15.широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки);
- 16.честность (правдивость, искренность);
- 17.эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе);
- 18.чуткость (заботливость).

МЕТОД «НЕЗАКОНЧЕННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ»

Метод «Незаконченные предложения» Л.Сакса и В.Леви включает в себя 60 незаконченных предложений, в которых продолжения внесенные испытуемым, регламентированы и зависят от содержания начала фразы. Они могут быть разделены на 15 групп по 4 предложения в каждой, характеризующих в той или иной мере систему отношений обследуемого к семье, к представителям своего или противоположного пола, к половой жизни, к учителям (педагогам) и т.д. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым страхам и опасениям, к имеющемуся чувству вины, свидетельствуют об отношении испытуемого к прошлому и будущему, затрагивают сферу взаимоотношений с родителями и друзьями, жизненные цели.

КЛЮЧ

Отношение к себе (2, 17, 32, 47)
 Страхи (7, 22, 37, 52)
 Вина (15, 30, 45, 60)
 Секс (11, 26, 39, 56)
 Мать (14, 29, 44, 59)
 Отец (1, 16, 31, 46)
 Семья (12, 27, 42, 57)
 Противоположный пол (10, 25, 40, 55)
 Товарищи (8, 23, 38, 53)
 Коллеги (13, 28, 43, 58)
 Начальство (6, 21, 36, 51)
 Подчиненные (5, 19, 34, 48)
 Прошлое (9, 24, 41, 54)
 Будущее (4, 20, 35, 50)
 Цели (3, 18, 33, 49)

Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную для испытуемого. Полученные данные подвергаются качественной и количественной обработке. В одном из вариантов этого метода испытуемый должен закончить рассказ, а не отдельное предложение.

Следует подчеркнуть, что некоторые вопросы этого варианта оказываются неприятными для обследуемых, так как касаются интимной стороны их жизни. Поэтому авторы рекомендуют в инструкции дополнительно сообщать обследуемому, что исследование производится с целью тренировки памяти или внимания.

Например:

Отношение к семье

По сравнению с большинством других семей, моя семья ...

- плохая, недружная, распалась, слишком мещанская, несчастливая и. т. п. – 2;

- не очень хорошая, нервная, менее дружная и. т. п. – 1;
- хорошая, дружная, нормальная, любящая, счастливая – 0;
- не хуже, не лучше, обыкновенная – 0;
- маленькая, большая и. т. п. – 0;
- более интеллектуальная, особая – 0;

Отношение к друзьям и знакомым

Думаю, что настоящий друг ...

- миф, не существует, будет тяжелым крестом, я сам по себе – 2;
- это собака, книга и. т. п. – 1;
- мне очень нужен, у меня не скоро будет – 1;
- большая редкость, не подведет, всегда поймет – 0.

Отношение к себе

Если все против меня, то ...

- я страшно переживаю, я в отчаянии, мне очень плохо – 2;
- я виноват, я сдаюсь, я плохой человек – 1;
- я переживаю, я волнуюсь, нервничаю, мне неприятно и. т. п. – 1;
- я ухожу, замыкаюсь в себе – 1;
- я против всех – 0;
- нужно разобраться, подумать, я этого не боюсь – 0.

Отношение к будущему

Будущее кажется мне ...

- очень мрачным, печальным, страшным – 2;
- серым, туманным, неприглядным и. т. п. – 2;
- светлым, розовым, неясным, неизвестным, таким же, как настоящее – 0.

Затем подсчитывается общее количество баллов по каждой группе. Чем больше баллов получила группа, тем выраженнее отношение испытуемого к ее содержанию, причем со знаком минус, тем выше для него личностная значимость этих утверждений.

Такая количественная оценка облегчает выявление у обследуемого дисгармоничной системы отношений. Но более важно, конечно, качественное изучение дополнительных предложений.

Исследованию методом «Незаконченные предложения» должно предшествовать установление контакта с обследуемым для получения искренних, естественных ответов. Но даже если тестируемый рассматривает исследование как нежелательную процедуру и стремясь скрыть мир своих глубоких переживаний дает формальные, условные ответы, опытный психолог может извлечь массу информации, отражающую систему личностных отношений.

Инструкция. Ниже приводится 60 незаконченных предложений. Прочитайте каждое предложение и закончите его, записывая первую же пришедшую Вам в голову мысль. Выполняйте задание быстро, не задумываясь долго над каждой фразой; если не можете закончить какое-нибудь предложение сразу, обведите его кружком и займитесь позже.

1. Думаю, что мой отец редко ...
2. Если все против меня, то ...
3. Я всегда хотел(а) ...
4. Будущее кажется мне ...
5. Если бы я занимал(а) руководящий пост ...
6. Мой учитель (руководитель, начальник) ...
7. Знаю, что глупо, но боюсь ...
8. Думаю, что настоящий друг ...
9. Когда я был(а) ребенком ...
10. Идеалом женщины (мужчины) для меня является ...
11. Когда вижу мужчину рядом с женщиной ...
12. По сравнению с большинством других семей моя семья ...
13. Лучше всего мне заниматься (работать) с ...
14. Моя мать и я ...
15. Сделал(а) бы все, чтобы забыть ...
16. Если бы мой отец только захотел ...
17. Думаю, что достаточно способен (на), чтобы ...
18. Я мог(ла) бы быть очень счастливым(ой), если бы ...
19. Если кто-нибудь будет под моим руководством ...
20. Надеюсь на ...
21. В школе мои учителя ...
22. Большинство моих товарищей не знает, что я ...
23. Не люблю людей, которые ...
24. В детстве я ...
25. Считаю, что большинство девушек и юношей ...
26. Семейная жизнь кажется мне ...
27. Моя семья обращается со мной как с ...
28. Люди, с которыми я учусь (работаю) ...
29. Моя мать ...
30. Моей самой большой ошибкой было ...
31. Я хотел(а) бы, чтобы мой отец ...
32. Моя наибольшая слабость заключается в том ...
33. Моим скрытым желанием в жизни ...
34. Мои подчиненные ...
35. Наступит день, когда ...
36. Когда ко мне приближается учитель (начальник) ...
37. Мне бы хотелось перестать ...
38. Больше всего люблю тех людей, которые ...

39. Если мне нравится женщина (мужчина), я ...
40. Считаю, что большинство женщин (мужчин) ...
41. Когда я вспоминаю свое детство ...
42. Большинство известных мне семей ...
43. Люблю учиться (работать) с людьми, которые ...
44. Считаю, что большинство матерей ...
45. Когда я был(а) ребенком, то чувствовал(а) ...
46. Думаю, что мой отец ...
47. Когда мне начинает не везти, я ...
48. Когда я прошу других что-нибудь сделать ...
49. Больше всего я хотел(а) бы в жизни ...
50. Когда я буду старым(ой) ...
51. Люди, превосходство которых над собой я признаю ...
52. Мои опасения не раз заставляли меня ...
53. Когда меня нет, то мои друзья ...
54. Моим самым живым воспоминанием детства является ...
55. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины) ...
56. Если я остаюсь наедине с женщиной (мужчиной) ...
57. Когда я был(а) ребенком, моя семья ...
58. Люди, которые учатся (работают) со мной ...
59. Я люблю свою мать, но ...
60. Самое худшее, что мне случилось совершать, это ...

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ БЕКА

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложена А.Т.Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений автора, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры.

В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Результаты теста интерпретируются следующим образом:

- 0-9 — отсутствие депрессивных симптомов
- 10-15 — легкая депрессия (субдепрессия)
- 16-19 — умеренная депрессия
- 20-29 — выраженная депрессия (средней тяжести)
- 30-63 — тяжелая депрессия

Также в методике выделяются две субшкалы:

- когнитивно-аффективная субшкала (С-А)
- субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Инструкция. В опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу, а затем определите по

каждой группе одно из утверждений, которое ближе всего соответствует тому, как Вы чувствуете себя в течение данной недели и сегодня. Поставьте галочкой это утверждение. Если несколько утверждений одной группы кажутся Вам полностью подходящими, отметьте каждое из них. Прежде чем сделать выбор, обязательно прочтите все утверждения данной группы.

А.

Я не испытываю грусти .

Мне грустно или тоскливо .

Мне все время тоскливо или грустно, и я не могу избавиться от этого чувства .

Мне так грустно или печально, что это просто невыносимо .

Б.

Мысли о будущем не вызывают у меня уныния и удрученности .

Мне становится грустно, когда я думаю о будущем .

Я чувствую, что от будущего мне ничего хорошего ожидать не стоит .

Я считаю, что будущее безнадежно и ничто в лучшую сторону измениться не может .

В.

Я не считаю себя неудачником .

Я считаю, что терпел неудачи чаще, чем «средний» человек .

Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, то все, что я вижу, - лишь цепь неудач .

Я считаю, что как личность (родитель, муж, жена) потерпел полное поражение .

Г.

Я не испытываю никакой особой неудовлетворенности, недовольства .

Ничто не радует меня так, как прежде .

Я больше ни от чего не получаю удовлетворения .

Я недоволен и неудовлетворен всем .

Д.

Я не чувствую себя в чем-либо виноватым .

Большую часть времени я чувствую себя плохим и никчемным .

Я чувствую себя виноватым.

Я чувствую себя очень скверным и ни к чему не годным человеком .

Е.

Я не считаю, что я наказан .

У меня такое чувство, что что-то нехорошее может случиться со мной .

Я считаю, что наказан или буду наказан .

Я считаю, что заслуживаю наказания .

Ж.

Я не испытываю разочарования в себе .

Я разочарован в себе .

Я испытываю отвращение к себе .

Я ненавижу себя .

З.

Я не считаю, что я хуже других .

Я осуждаю себя за свои слабости и ошибки .

Я виноват во всем, что происходит не так, как этого бы хотелось .

Я считаю, что у меня много серьезных недостатков .

И.

У меня нет мыслей о том, чтобы причинить себе вред .

Я считаю, что лучше было бы, если бы я умер .

У меня есть определенные планы насчет самоубийства .

Я покончу с собой, как только появится такая возможность .

К.

Я плачу не чаще, чем обычно .

Я плачу чаще, чем обычно .

Я плачу все время и не могу остановиться .

Раньше я плакал, но сейчас не могу плакать, даже если этого хочу .

Л.

Я сейчас не более раздражителен, чем обычно .

У меня в настоящее время легче, чем обычно, возникает раздражительность и недовольство .

Сейчас я постоянно чувствую раздражительность .

Меня совсем не раздражает то, что обычно всегда раздражало .

М.

Я не утратил интереса к другим людям .

Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми .

Я почти утратил интерес к другим людям, и у меня почти нет никаких чувств к ним .

Я полностью утратил интерес к другим людям, и они меня совершенно не заботят .

Н.

Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда .

Я пытаюсь отложить принятие решений .

Я больше не могу принимать решения без чьей-либо помощи .

Я больше совсем не могу принимать решений .

О.

Я не считаю, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно .

Меня беспокоит то, что я выгляжу старым и непривлекательным .

Я чувствую, что внешне со мной происходят изменения, делающие меня непривлекательным .

Я считаю, что выгляжу гадко и отталкивающе .

П.

Я могу работать почти так же хорошо, как и раньше .

Мне нужно дополнительное усилие, чтобы что-нибудь сделать .

Я не могу выполнить никакую работу вообще .

Р.

Я сплю так же хорошо, как обычно .

Я просыпаюсь утром менее отдохнувшим, чем обычно .

Я просыпаюсь на 1 – 2 часа раньше, чем обычно, и мне трудно снова уснуть .

Я просыпаюсь рано каждый день и не могу спать более 5 часов .

С.

Я устаю ничуть не больше, чем обычно .

Я устаю быстрее, чем обычно .

Я устаю от любого занятия .

Я слишком сильно устаю, чтобы чем-либо заниматься .

Т.

Мой аппетит не хуже, чем обычно .

Мой аппетит не такой хороший, как обычно .

Мой аппетит гораздо хуже, чем обычно .

У меня нет аппетита вообще .

У.

За последнее время я заметно не похудел, если похудел вообще .

Я похудел более чем не 3 кг .

Я похудел более чем не 5 кг .

Я похудел более чем не 8 кг .

Ф.

Я озабочен своим здоровьем не более чем обычно .

Я озабочен ноющими или другими болями, или расстройством желудка, или запорами, или другими неприятными ощущениями в моем теле .

Я настолько обеспокоен тем, как я себя чувствую, что мне трудно думать о чем-нибудь другом .

Я полностью поглощен тем, как я себя чувствую .

Х.

Я не заметил, что в последнее время изменился мой интерес к противоположному полу .

Секс интересует меня менее чем обычно .

Сейчас меня значительно меньше интересует секс .

Я утратил всякий интерес к сексу .

Методика расчета значений дискриминантной функции для выявления суицидоопасного развития социально-психологической дезадаптации

Методика расчета значений дискриминантной функции для выявления суицидоопасного развития социально-психологической дезадаптации представляет собой формулу, по которой производится расчет значений дискриминантной функции на основе результатов диагностики по методикам: «Шкала депрессии Бека» и «Незаконченные предложения». Результаты диагностики используются для подстановки в формулу при вычислении значения дискриминантной функции. Результатом использования дискриминантного анализа является возможность прогнозирования возникновения суицидальной тенденции в состоянии социально-психологической дезадаптации с достаточно высокой точностью, равной 82,3%.

Формула расчета ЗДФ

$$\text{ЗДФ} = 0,069 * \text{БЕК} - 0,17 * \text{ОТНСЕБ} - 0,102 * \text{СТРАХ} + 0,02 * \text{ВИНА} + 0,048 * \text{СЕКС} + 0,085 * \text{МАТЬ} + 0,013 * \text{ОТЕЦ} + 0,136 * \text{СЕМЬЯ} - 0,075 * \text{ПРПОЛ} + 0,034 * \text{ТОВ} + 0,2 * \text{КОЛЛ} + 0,167 * \text{НАЧ} - 0,031 * \text{ПОДЧ} - 0,12 * \text{ПРОШЛ} + 0,072 * \text{БУД} + 0,044 * \text{ЦЕЛ}$$

*Примечание: * – знак умножения; ЗДФ – значение дискриминантной функции; БЕК - значение опроснику БЕКА; БУД - значение по шкале будущее методики «Незаконченные предложения»; НАЧ - значение по шкале начальство методики «Незаконченные предложения»; КОЛЛ - значение по шкале коллеги методики «Незаконченные предложения»; ЦЕЛ - значение по шкале цели; СЕКС - значение по шкале секс методики «Незаконченные предложения»; МАТЬ - значение по шкале мать методики «Незаконченные предложения»; СЕМЬЯ - значение по шкале семья методики «Незаконченные предложения»; ОТНСЕБ - значение по шкале отношение к себе методики «Незаконченные предложения»; ТОВ - значение по шкале товарищи методики «Незаконченные предложения»; ПОДЧ - значение по шкале подчиненные методики «Незаконченные предложения»; СТРАХ- значение по шкале страхи методики «Незаконченные предложения»; ПРПОЛ - значение по шкале противоположный пол методики «Незаконченные предложения»; ПРОШЛ - значение по шкале прошлое методики «Незаконченные предложения»; ВИНА - значение по шкале вина методики «Незаконченные предложения».*

По распределению значений дискриминантной функции возможно принятие предварительного решения о наличии социально-психологической дезадаптации у конкретного молодого человека. Заключение о суицидоопасном развитии социально-психологической дезадаптации в условиях личностного кризиса следует делать при получении значений дискриминантной функции $\text{ЗДФ} \geq 1,494$. При этом делается заключение о возможности развития высокого суицидального риска.

ТЕСТ «СР-45»

Методика предназначена для выявления склонности к суицидальным реакциям. Является авторской разработкой П. И. Юнацкевича.

Обследуемому предлагается ответить на 45 вопросов, имеющих порядковую нумерацию от 1 до 45. Ответы фиксируются на бланке, используемом при обследовании, с индексацией «да», если ответ положительный, и «нет», если ответ отрицательный.

Вопросы являются адекватными суицидальным проявлениям. Использование данных вопросов и утверждений в качестве дополнительного стимульного материала позволяет при проведении обследования выявлять лиц, имеющих склонность к суицидальным реакциям, и формировать из них группу риска.

При интерпретации полученных данных следует учитывать, что методика констатирует лишь начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования. При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования эта склонность может развиваться.

Ключ

«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

Ключ шкалы «лжи» (L)

«Да»	«Нет»
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Подсчитывается количество совпадений с «ключом».

Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (35):

$$Sr = N/35 + 0,07,$$

где N — количество совпадений с «ключом».

Показатели, полученные по этой методике, могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком уровне склонности к суицидальным реакциям, близкие к 0 — о низком уровне и относительно надежной (при условии $L < 0,6 + 0,16$) достоверности результатов.

Шкала оценок склонности к суицидальным реакциям (Sr)

Уровень оценки Sr	Уровень проявления	Оценка
0,01-0,23	Низкий	5
0,24-0,38	Ниже	4

	среднего	
0,39-0,59	Средний	3
0,60-0,74	Выше среднего	2
0,75-1	Высокий	1

У обследуемых, получивших оценку «4», может возникнуть суицидальная реакция только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

♦ «3» — потенциал склонности к суицидальным реакциям не отличается высокой устойчивостью.

♦ «2» — обследуемые относятся к группе риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям. При испытывании затруднений они могут реализовать саморазрушающее поведение.

♦ «1» — обследуемые обладают очень высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям. Нуждаются в помощи.

Оценочный коэффициент (L) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений.

***Инструкция.** Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «да», если нет — поставьте «-» в графе «нет».*

Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

№	Утверждения	«Да»	«Нет»
1	2	3	4
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 безнадежных больных, выбравших добровольную смерть		
6	Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении		
7	Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно 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 ни 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 (а) разные способы ухода из жизни		
20	В критический момент я всегда могу справиться с собой		
21	В школе я всегда отличался 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 захочется, даже если он выбирает смерть		
29	Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, он многое теряет		
30	Никому никогда я 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 нарушение закона даже в мелочах		
43	Иногда мне хочется заснуть и не проснуться		
44	Однажды мне было очень 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 ни стоило		

МЕТОДИКА «ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ КРИЗИСА»

Предлагаемый опросник позволяет определить личностный профиль переживаемого кризиса. Теоретической основой данной методики является положение о комплексном характере переживания кризиса, затрагивающего, как правило, следующие сферы:

функциональные проблемы (нарушения функционирования вегетативной системы, сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, проблемы со сном),

нарушения познавательно-аналитической деятельности (внимания, восприятия, мышления, памяти и др.),

нарушения эмоционального реагирования (тревога, генерализованные эмоциональные реакции – гнев, стыд, вина, либо эмоциональная тупость, либо слабодушие, повышенная эмоциональность),

депрессивное настроение,

перемены в поведении и деятельности (проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей, либо попытки уйти от проблемы, либо поглощенность проблемой и др.).

Обработка результатов: каждый утвердительный ответ оценивается в один балл. Подсчитайте баллы в соответствии со следующим ключом, затем сумму умножьте на соответствующее данной шкале число (если оно есть).

1. Общее состояние: (1).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ:

а) нарушения функционирования вегетативной системы (26, 36, 51 x 4)

б) нарушения сердечной деятельности (6, 31 x 6)

в) нарушения дыхания (11, 41 x 6)

г) нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта (16, 46 x 6)

д) проблемы со сном (21, 56 x 6)

2. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

а) осложнения функционирования внимания (2, 22, 42 x 4)

б) осложнения функционирования восприятия (7, 27, 47 x 4)

в) осложнения функционирования мышление (12, 32, 52 x 4)

г) осложнения функционирования памяти (17, 37, 57 x 4)

3. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ

а) тревога (3, 23, 43 x 4)

б) генерализованные эмоциональные реакции (гнев, стыд, вина) (8, 28, 48 x 4)

в) эмоциональная тупость (13, 33, 53 x 4)

е) слабодушие, повышенная эмоциональность (18, 38, 58 x 4)

4. ДЕПРЕССИВНОЕ НАСТРОЕНИЕ (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59)

5. ПЕРЕМЕНЫ В ПОВЕДЕНИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

а) попытки уйти от проблемы (5, 20, 35, 50 x 3)

б) поглощенность проблемой (10, 25, 40, 55 x 3)

в) проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей (15, 30, 45, 60 x 3).

***Инструкция.** Прочитайте приведенные ниже утверждения и отметьте номера тех из них, которые соответствуют вашему нынешнему состоянию. Если утверждение лишь частично верно, то подчеркните ту его часть, которая соответствует вашим реакциям. Хотим напомнить, что в приведенном списке нет плохих, либо хороших проявлений и реакций. Все они представляют собой лишь неизбежное следствие переживаемого кризиса.*

1. Я страдаю от головных болей, недомогания или чувствую себя плохо.
2. Я стал рассеянным.
3. Меня не покидает чувство тревоги, которая окрашивает мои суждения и чувства.
4. Временами у меня возникают мысли, что нет смысла продолжать жить как прежде.
5. Я избегаю думать или говорить о своей неудаче (несчастье).
6. Временами мое сердце бьется учащенно.
7. Мне кажется, что я утратил способность реально оценивать события и воспринимать их отчетливо.
8. Я рассержен на весь свет за то, что это случилось со мной
9. Я ощущаю физическую усталость, апатию, вялость чувств.
10. Мысли о случившемся беспрестанно крутятся у меня в голове, и я не могу остановить их.
11. Временами я не могу нормально дышать.
12. Временами я затрудняюсь четко формулировать свои мысли.
13. После случившегося я не плачу и не скорблю так, как это обычно должно быть.
14. Все окружавшие меня кажутся чужыми, холодными и безнадежными.
15. Я совсем не могу работать как прежде, у меня все валится из рук.
16. Запоры (поносы) меня беспокоят чаще, чем обычно.
17. Я стал забывчивым и пропускаю некоторые обязательные мероприятия
18. Временами я плачу или близок к слезам.
19. Я не получаю удовольствия от приятных и радостных событий, как прежде
20. Мне хочется забыться и бежать куда глаза глядят.

21. У меня имеются трудности с засыпанием.
22. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.
23. Почти все время я испытываю необъяснимую тревогу.
24. Временами я ненавижу себя.
25. Временами мысли о случившемся, лишают меня сна.
26. Мой пульс учащен (замедлен), кровяное давление - повышено (понижено).
27. Мое восприятие окружающего сужено и ограничено моей проблемой и всего, что ее касается.
28. Мне стыдно за себя и за все, что со мной произошло
29. Временами все кажется мне бессмысленным.
30. Я не в состоянии выполнять свои профессиональные и домашние обязанности как прежде.
31. У меня неустойчивый сердечный ритм (замедленный, учащенный).
32. Мне кажется, что ряд моих решений, принятых в настоящее время непродуман, скоропалителен и скорее даже импульсивен.
33. Временами меня охватывает состояние полной нечувствительности, как если бы ничего не случилось.
34. Мое "Я" так изменилось, что временами я не узнаю сам себя.
35. Я стал уделять гораздо больше времени работе (службе) и в этом нахожу выход из создавшегося положения
36. У меня часто бывает сухость во рту.
37. Мне сложно запомнить информацию, которую раньше я запоминал без особого напряжения.
38. Зачастую у меня возникает желание рассказать о своих душевных переживаниях даже малознакомым людям.
39. Подавленное, угнетенное настроение у меня длится долго
40. Время от времени у меня непроизвольно (в виде своеобразной вспышки) оживляются наиболее травматические воспоминания о случившемся.
41. Часто у меня возникает субъективное ощущение нехватки воздуха и даже ощущение остановки дыхания.
42. Я не могу должным образом сосредоточиться при исполнении своих служебных обязанностей.
43. Временами у меня возникает ощущение, что все внутри сжалось в комок.
44. У меня обострилось критическое отношение к себе и своим поступкам.
45. Я устаю даже от выполнения своих обычных обязанностей.
46. У меня ухудшился аппетит, временами появляется тошнота.
47. Иногда мне кажется, что все происходящее нереально.
48. С каждым днем мне все чаще приходит мысль о том, что я не сделал все возможное для того, чтобы избежать такого развития событий
49. Мое настроение стало крайне неустойчивым.

50. Я стал пить больше, чем следует.
51. Я стал чрезмерно потливым.
52. Когда ко мне обращаются, я зачастую отвечаю с задержкой.
53. Меня охватило состояние безразличия к окружающему, ничто не волнует, не беспокоит, не интересует.
54. Я никого не хочу видеть и стараюсь быть один.
55. Большую часть времени я продолжаю размышлять о случившемся, хотя это и мучительно.
56. Мой сон стал беспокойным, и иногда прерывается кошмарами
57. Я стал замечать, что зачастую не могу вспомнить информацию, которую всегда помнил.
58. Я настолько поглощен своими чувствами, что из-за этого становится только хуже.
59. У меня часто бывает ворчливое настроение, я стал раздражительным, угрюмым, агрессивным по отношению к родным и близким.
60. Я стараюсь избегать трудностей как в мыслях, так и в действиях».

**МЕТОДИКА РАСЧЕТА ЗНАЧЕНИЙ ДИСКРИМИНАНТНОЙ ФУНКЦИИ ДЛЯ
ВЫЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА**

Для своевременного выявления и *прогнозирования развития суицидоопасных состояний у учащейся молодёжи* необходимо исследование кризисных состояний с использованием методики «Личностный профиль кризиса», опросника депрессии Бека, особенностей отношения к окружающим людям и себе с применением методики «Незаконченные предложения», ведущих стратегий преодоления кризисных ситуаций и решения проблем (копинг-стратегий) с помощью методики «Как вы разрешаете эти трудности».

Полученные значения уровня депрессии, выраженности личностного кризиса, величины шкал методики «Незаконченные предложения» и «Как вы разрешаете эти трудности» используются для вычисления значения дискриминантной функции.

Формула расчета ЗДФ

$$\begin{aligned} \text{ЗДФ} = & 0,074 * \text{ОТНСЕБ} - 0,007 * \text{СТРАХ} + 0,054 * \text{ВИНА} + 0,012 * \text{СЕКС} + \\ & 0,016 * \text{МАТЬ} - 0,028 * \text{ОТЕЦ} + 0,175 * \text{СЕМЬЯ} + 0,013 * \text{ПРПОЛ} + 0,019 * \text{ТОВ} - \\ & 0,006 * \text{КОЛЛ} + 0,44 * \text{НАЧ} - 0,025 * \text{ПОДЧ} - 0,163 * \text{ПРОШЛ} + 0,007 * \text{БУД} - \\ & 0,059 * \text{ЦЕЛ} + 0,132 * \text{ОБСОСТ} - 0,036 * \text{ВЕГС} + 0,033 * \text{НСД} + 0,014 * \text{ДЫХ} - \\ & 0,052 * \text{ЖКТ} + 0,054 * \text{СОН} + 0,007 * \text{ВНИМ} + 0,014 * \text{ВОСПР} - 0,061 * \text{МЫШЛ} - \\ & 0,048 * \text{ПАМ} + 0,026 * \text{ТРЕВ} + 0,043 * \text{ГЕНЭМ} + 0,06 * \text{ЭМТУП} - 0,034 * \text{СЛАБОД} - \\ & 0,067 * \text{ДЕПРНАСТР} + 0,039 * \text{УЙТИ} - 0,04 * \text{ПОГЛПР} - 0,009 * \text{ДОМОБ} + \\ & 0,104 * \text{ОТВЛ} + 0,007 * \text{АЛЬТР} + 0,39 * \text{АКТИЗБ} - 0,049 * \text{КОМП} - 0,003 * \text{КАКТ} - \\ & 0,076 * \text{ОТСТПЛ} - 0,152 * \text{СОТР} - 0,013 * \text{ОБРПОД} - 0,029 * \text{ИГНОР} + 0,058 * \\ & \text{СМИР} + 0,071 * \text{ДИССИМ} + 0,076 * \text{СОХРСМБЛ} - 0,002 * \text{ПРАНАЛ} + \\ & 0,024 * \text{ОТНОС} - 0,147 * \text{РЕЛИГ} - 0,26 * \text{РАСТ} - 0,159 * \text{ПРСМЫСЛ} + \\ & 0,036 * \text{СОБЦЕН} + 0,027 * \text{ПРОТ} + 0,074 * \text{ЭМРЗ} - 0,033 * \text{ПОДЭМ} - 0,132 * \text{ОПТ} + \\ & 0,145 * \text{ПАСКООП} + 0,091 * \text{ПБФ} - 0,087 * \text{СМБВ} - 0,081 * \text{АГР} + \\ & 0,18 * \text{БЕК} + 8,519 * \text{СР45} \end{aligned}$$

*Примечание: * – знак умножения; ЗДФ – значение дискриминантной функции; БЕК – значение по шкале опросник БЕКА; ПБФ – значение по шкале покорность, безнадежность, фатализм; ДН – значение по шкале депрессивное настроение; РАСТ – значение по шкале растерянность; ОПТ – значение по шкале оптимизм; ОТВЛ – значение по шкале отвлечение; АГР – значение по шкале агрессивность; СМБВ – значение по шкале самообвинение; ПРОТ – значение по шкале протест; УЙТИ – значение по шкале попытки уйти от проблемы; ИГНОР – значение по шкале игнорирование; БУД – значение по шкале будущее; ЗДОР – значение по шкале мое здоровье; ЭМРЗ – значение по шкале эмоциональная разгрузка; КОМП – значение по шкале компенсация; ДЫХ – значение по шкале нарушение дыхания; ДОМОБ – значение по шкале проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей; ПОГЛПР – значение по шкале поглощенность проблемой; КОЛЛ – значение по шкале*

коллеги; ДИССИМ-значение по шкале диссимуляция; НАЧ-значение по шкале начальство; ВОСПР-значение по шкале осложнения функционирования восприятия; ПАМ-значение по шкале осложнения функционирования памяти; АЛЬТР-значение по шкале альтруизм; ЭМГУП-значение по шкале эмоциональная тупость; СЕКС-значение по шкале секс; ОТНОС-значение по шкале относительность; ПОДЭМ-значение по шкале подавление эмоций; ВЕГС-значение по шкале нарушение функционирования вегетативной системы; СОХРСМБЛ-значение по шкале сохранение самообладания; ГЕНЭМ-значение по шкале генерализованные эмоциональные реакции; СЛАБОД-значение по шкале слабодушие, повышенная эмоциональность; ЖКТ-значение по шкале нарушение функционирования ЖКТ; ЦЕЛ-значение по шкале цели; СОН-значение по шкале проблемы со сном; МЫШЛ-значение по шкале осложнения функционирования мышления; ОСОСТ-значение по шкале общее состояние; ТРЕВ-значение по шкале тревога; АКТИЗБ-значение по шкале активное избегание; ВНИМ-значение по шкале осложнения функционирования внимания; МАТЬ-значение по шкале мать; ПРАН-значение по шкале проблемный анализ; СМИР-значение по шкале смирение; СОТР-значение по шкале сотрудничество; ОТЕЦ-значение по шкале отец; ПРСМЫСЛ-значение по шкале придание смысла; СЕМЬЯ-значение по шкале семья; ПАСКООП-значение по шкале пассивная кооперация; ТОВ-значение по шкале товарищи; ПОДЧ-значение по шкале подчиненные, КАКТ-значение по шкале конструктивная активность; НСД-значение по шкале нарушение сердечной деятельности; ОБРПОД-значение по шкале обращение за поддержкой; ОТНСЕБ-значение по шкале отношение к себе; ПРОШЛ-значение по шкале прошлое; СОБЦЕН-значение по шкале установка собственной ценности; РЕЛИГ-значение по шкале религиозность; ВИНА-значение по шкале вина; СТРАХ- значение по шкале страхи; ПРПОЛ-значение по шкале противоположный пол; ДЕПРНАСТР – значение по шкале депрессивное настроение, СР45 – значение по методике оценки суицидального риска.

Результатом использования дискриминантного анализа является возможность прогнозирования суицидального поведения в кризисной ситуации с достаточно высокой точностью, равной 93,3%. По распределению значений дискриминантной функции возможно принятие прогноза о развитии суицидального риска у молодого человека в кризисной ситуации. При этом для значений дискриминантной функции $ЗДФ \geq 3,61$ делается заключение о наличии высокого суицидального риска.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ БЕСЕДЫ С ПАРАСУИЦИДЕНТОМ (ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ СУИЦИДЕНТОМ)

Беседа является одним из основных методов психологии, который широко применяется в различных ее отраслях.

В качестве специфического вида выделяется беседа, основная задача которой – оказание помощи человеку в разрешении сложных жизненных ситуаций. Такая беседа рассматривается как составная и обязательная часть работы по предупреждению суицидальных проявлений среди студентов.

Феномен суицида (самоубийства или попытка самоубийства) чаще всего связывается с представлением о психологическом кризисе личности, под которым понимается острое эмоциональное состояние, вызванное какими-то особыми, личностно значимыми психотравмирующими событиями. Причем это кризис такого масштаба, такой интенсивности, что весь предыдущий жизненный опыт человека, решившегося на суицид, не может подсказать ему иного выхода из ситуации, которую он считает невыносимой.

Такой психологический кризис может возникнуть внезапно (под влиянием сильного аффекта). Но чаще внутренняя душевная напряженность накапливается постепенно, сочетая в себе разнородные негативные эмоции. Они накладываются одна на другую, озабоченность переходит в тревогу, тревога сменяется безнадежностью. Человек теряет веру в себя, в способность преодолевать неблагоприятные обстоятельства, возникает внутренний конфликт “непрития самого себя”, “самоотрицание”, появляется ощущение “потери смысла жизни”.

Важно подчеркнуть, что беседа с человеком, находящимся в состоянии психологического кризиса, – дело тонкое, специфичное и требует тщательной предварительной подготовки. Но порой обстоятельства складываются так, что проводить беседу необходимо безотлагательно.

Для того чтобы беседа прошла эффективно, она должна быть построена определенным образом и складываться из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и предполагает использование специальных приемов. Следует помнить, что для человека, находящегося в состоянии психологического кризиса, “мелочи”, “детали” играют порой не менее важную роль, чем веские логические выводы.

Приглашение на беседу

Приглашение необходимо сделать лично, желательно с глазу на глаз. Лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, выполнение которого даст повод для встречи. Ни в коем случае не вызывать к себе молодого человека на беседу через третьих лиц.

Место беседы

Главное – отсутствие посторонних. Никто не должен прервать разговор, сколько бы он ни длился.

Поведение во время беседы

В ходе беседы не поглядывайте на часы и тем более не выполняйте каких-либо “попутных” дел. Будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Начальный этап беседы

Главная задача этого этапа заключается в установлении эмоционального контакта со студентом, приглашенным на беседу; установление взаимоотношений “сопереживающего партнерства”, которые характеризуются высокой степенью доверительности. Необходимо убедить его в том, что его проблемы будут поняты, что вы искренне разделяете его заботы и трудности. Этим вы уменьшаете степень эмоциональной напряженности собеседника, предоставляете ему возможность более откровенно говорить о своей ситуации и переживаниях.

Ваш собеседник должен быть выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Даже если вы не разделяете высказанных собеседником оценок, по-иному смотрите на окружающих его людей, на сложившуюся ситуацию, не спешите противоречить, опровергать, высказывать свои взгляды. На первом этапе – только внимательное (“эмпатическое”) выслушивание, доброжелательность, искреннее (не показное) стремление понять собеседника. Даже ваши вопросы, уточнения не должны на этом этапе нести в себе элементов сомнения в правомерности его мнений и представлений. В результате вы будете восприниматься как человек понимающий, чуткий и заслуживающий доверия.

В процессе беседы формируется более полное представление о личности студента, его потребностях и интересах, о его ценностях, жизненной направленности. Необходимо уточнить также сведения о близких ему людях, так как именно они (родственники, друзья, одноклассники) часто являются теми резервными источниками помощи и поддержки, которые будут способствовать преодолению настоящего кризиса.

Слушая собеседника, обращайтесь внимание не только на его слова, но и старайтесь выявить подтекст, примечайте недомолвки, следите за манерой общения и поведения, особенностями речи, жестов, мимики, они не меньше помогут Вам определить, установлен ли тот взаимный контакт, когда можно будет переходить ко второму этапу беседы.

Второй этап беседы

В ходе второго этапа устанавливается последовательность событий, в результате которых сложилась кризисная ситуация, выясняется, что повлияло на душевное состояние. Один из наиболее существенных моментов этого этапа – снятие у студента безвыходности его ситуации. Установив причины и последовательность развития кризиса, необходимо соответствующими

высказываниями преодолеть имеющееся представление об исключительности его неблагоприятной ситуации, убедить в том, что подобные ситуации возникают и у других людей, что положение дел вполне поправимо и причины могут быть устранены, – прием “преодоление исключительности ситуации”. С этой же целью можно использовать вопросы, сформулированные таким образом, что сам ответ на них будет предполагать изменение позиции человека по отношению к его проблемам и трудностям. При этом необходимо помнить золотое правило психотерапии: “Если не можешь изменить обстоятельства, измени отношение к ним”.

В атмосфере сочувственного выслушивания студент, рассказывая о своей жизни, учебе, сообщает об успехах и достижениях, о трудностях, с которыми ему приходится сталкиваться. Необходимо тактично подчеркнуть эти успехи, формируя у собеседника представление о себе как о личности, способной к преодолению жизненных невзгод, – прием “поддержка успехами и достижениями”. Следует отметить, что “поддержка успехами и достижениями”, будучи методом косвенного внушения, является очень эффективным приемом психологической помощи и должна неоднократно повторяться на протяжении всей беседы.

В ходе этого этапа необходимо также использовать приемы, поддерживающие и углубляющие содержание беседы. “Структурирование беседы” – это высказывания, направленные на внесение последовательности в рассказ. В результате переживаемой эмоциональной напряженности собеседник может забегать вперед в своем рассказе или пропускать некоторые моменты, иногда весьма существенные. В то же время парасуициденты в ходе беседы часто фиксируются на психотравмирующих эпизодах.

Установление последовательности фактов, приведение их в определенную систему, во многих случаях приводит к изменению оценки ситуации, к осознанию того, что неблагоприятная ситуация, воспринимаемая им как непреодолимая и безнадежная, вполне поправима. Следует учитывать, что и сам процесс рассказа о своей ситуации и переживаниях способствует снятию отрицательных эмоций.

В ходе беседы могут возникнуть паузы. В этих случаях можно использовать прием “постоянное внимание к содержанию” – повторение некоторых фактов, сообщенных вам ранее, тем самым проявлять интерес к собеседнику, оказывая ему внимание.

В завершение второго этапа беседы целесообразно использовать прием “определение конфликта”, то есть высказать четкую формулировку ситуации, переживаемой парасуицидентом. Точная формулировка ситуации создает представление, что, какой бы трудной ни была проблема, она может быть понята, и вы ее понимаете. Использование этого приема особенно необходимо в тех случаях, когда собеседник встревожен или растерян.

Третий этап беседы

Этот этап представляет собой совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Следует иметь в виду, что вероятность реализации планируемых действий будет выше в тех случаях, когда в планировании ваш собеседник играет ведущую роль.

Основными приемами третьего этапа могут быть “интерпретация”, “планирование”, “удержание паузы”.

“Интерпретация” – высказывание гипотезы о возможных способах разрешения ситуации.

“Планирование” – побуждение студента к вербальному (словесному) оформлению планов предстоящей деятельности.

“Удержание паузы” – целенаправленное молчание – важное средство психологического воздействия. Цель паузы – предоставить собеседнику возможность проявить инициативу и стимулировать словесное оформление разрабатываемых им планов поведения. Молчание уменьшает темп беседы, предоставляет парасуициденту время для рассмотрения альтернатив, для принятия решений. Оно положительно влияет на его эмоциональное состояние, уменьшает эмоциональное напряжение. Удержание паузы должно быть одобряющим молчанием, выражающим интерес к собеседнику. Оно должно сопровождаться невербальной коммуникацией – позой, мимикой, жестами, взглядом, выражающими эмоциональную поддержку.

Основываясь на знании личности студента, его отношениях с окружающими в настоящей неблагоприятной ситуации, необходимо предложить определенный вариант поведения, возможные способы разрешения ситуации, которые могут привести к выходу из психологического кризиса.

Преодоление психотравмирующей ситуации разбивается на более мелкие, принципиально разрешимые задачи, и для ближайших задач предполагается несколько предварительных решений.

Советы необходимо давать чрезвычайно осторожно и ни в коем случае не настаивать на их “истинности в последней инстанции”, апеллируя к собственному опыту. Каков бы ни был ваш собственный жизненный и профессиональный опыт, дать 100-процентный хороший совет невозможно, поскольку жизненные ситуации каждого человека строго индивидуальны и уникальны. Наиболее приемлемыми будут те рекомендации, которые опираются на систему ценностей самого студента, в противном случае это может привести к тому, что он будет механически отвергать навязываемые ему взгляды, недоверчиво и без необходимого внимания относиться к вашим словам.

В некоторых случаях в ходе планирования действий парасуициденты занимают пассивную позицию, проявляют иждивенческие тенденции, пытаются вернуться к обсуждению проявления своего эмоционального состояния. В этом случае необходимо вернуть собеседника к обсуждению конкретных планов – прием “фокусирование на ситуации”.

В результате анализа предварительных решений вырабатывается конструктивный план поведения, направленного на преодоление неблагоприятных обстоятельств. Совместный поиск способов решения проблемы придаст парасуициденту уверенность в собственных силах, повысит его самооценку.

Четвертый (завершающий) этап беседы

Это этап окончательного формулирования решения, активной психологической поддержки и придания парасуициденту уверенности в своих силах и возможностях. Необходимо призвать его проявить максимум воли и целеустремленности для достижения желаемого результата.

План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко. В тех случаях, когда студент выражает сомнения относительно каких-либо моментов намеченного плана, на них следует остановиться особо, при этом проявить решительность, настойчивость, подобрать веские аргументы и доказательства.

Основными приемами этого периода являются: “логическая аргументация” и “рациональное внушение уверенности”.

Если в ходе беседы парасуицидент высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно направить к психиатру или психотерапевту. Однако может сложиться ситуация, когда в силу различных обстоятельств не представляется возможность срочной госпитализации для оказания специализированной помощи. В этом случае беседа должна быть направлена на коррекцию суицидогенных личностных установок.

С этой целью необходимо убедить студента в следующем:

- что тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в настоящий момент, является временным, что другие лица в аналогичных ситуациях чувствовали себя также тяжело, но со временем их состояние полностью нормализовалось;

- что его жизнь нужна родным, близким, друзьям и его уход из жизни станет для них тяжелой травмой (актуализация антисуицидальных факторов);

- что он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из жизни в силу его крайней важности лучше отложить на некоторое время, спокойно его обдумать (подчеркивание права студента распоряжаться собственной жизнью повышает его самооценку, увеличивает ответственность за свое поведение, уменьшая актуальность суицидальных переживаний).

Важнейшим условием профилактической беседы является ее анонимность. Это значит, что любая информация, сообщенная парасуицидентом, не может быть передана без его согласия кому бы то ни было, а тем более стать предметом обсуждения в коллективе. Нарушение этого принципа подрывает основу доверия, что в конечном итоге делает дальнейшую профилактическую работу чрезвычайно затруднительной, а порой и просто невозможной.

После беседы необходимо тщательно осмыслить ее результат, сделать необходимые записи и продумать основные направления последующей работы.

Дальнейшая работа будет складываться исходя из анализа беседы, с учетом личностных особенностей парасуицидента и сложившейся ситуации. Поэтому всякие детализированные рекомендации на этот счет затруднительны, но основные могут состоять в следующем:

- необходимо поставить в известность руководителя учебного заведения о сложившейся неблагоприятной ситуации для студента (та доля информации, которую вы раскроете, обязательно оговаривается с парасуицидентом в ходе проведения беседы). Еще раз подчеркнем, что сообщенные вам сведения могут иметь столь интимный и доверительный характер, что их разглашение может нанести вред);

- учитывая повышенную вероятность неадекватных реакций, необходимо создать для студента на какой-то период более спокойные (“щадящие”) условия учебы;

- не оставлять студента на этот период без контроля и внимания;

- при необходимости продумать возможность госпитализации для медикаментозной поддержки.

Как следует вести беседу

- слушать внимательно и сохранять спокойствие;
- понимать чувства человека (проявлять эмпатию);
- невербально (жестами) проявлять принятие и уважение;
- выражать уважение к мнениям и ценностям человека;
- разговаривать честно и искренне;
- проявлять участие, заботу и теплоту;
- фокусировать внимание на чувствах человека.

Как не следует вести беседу

- слишком часто перебивать;
- демонстрировать, что происходящее вас шокирует, проявлять слишком сильные эмоции;
- показывать, что вы заняты, и что у вас нет времени;
- проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций «старшего» или все знающего человека);
- допускать тревожащую назойливость или неясность в высказываниях;
- задавать провокационные вопросы.

Общению способствует спокойное, открытое, принимающее и не осуждающее (без оценок) отношение. Большинство психотерапевтов и психологов пришли к мнению, что лица, имеющие суицидальные мысли, могут получать облегчение, разговаривая о своих чувствах.

Памятка педагогам, психологам и должностным лицам по профилактике кризисных и суицидоопасных состояний у учащейся молодежи

Тенденция к увеличению числа самоубийств и к резкому их «омоложению» отмечается во всем мире. Суицид входит в пятерку наиболее распространенных причин смерти юношей и девушек. **За последнее десятилетие число самоубийств среди молодежи выросло в 3 раза. Ежегодно в мире каждый двенадцатый подросток в возрасте 15-19 лет пытается совершить попытку самоубийства.** Во многих странах суицид выходит на первое или второе место в качестве причины смерти лиц этого возраста. Повторные попытки суицида подростки и юноши совершают гораздо чаще взрослых. Республика Беларусь относится к странам с высоким уровнем самоубийств.

Суицид (сознательное лишение себя жизни) – форма саморазрушающего поведения, являющегося следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях неразрешенного микросоциального конфликта и личностного кризиса.

Социально-психологическая дезадаптация личности возникает под влиянием различного рода личностных и психотравмирующих факторов, как правило, в результате нарушения системы отношений между индивидом и его значимым социальным окружением. Во всех случаях суицидальное поведение является результатом личностного анализа конфликтной ситуации. Особенностью юношеского суицида является то, что молодые люди часто решаются на суицид внезапно, без длительной подготовки и планирования, а сама реакция носит выраженный *ситуативный* характер.

К суицидальному поведению относят: *завершенные суициды, суицидальные попытки, демонстрации и имитации суицида*, а также *суицидальные замыслы, высказывания и угрозы*. **Для профилактики все эти формы равнозначны и суицидоопасны**, так как самоубийство имеет феноменологическую природу. Чем раньше признаки суицидального риска будут обнаружены и компенсированы, тем меньше вероятность суицидального поведения и рецидива суицидоопасных состояний в будущем.

Суицидальный риск – степень вероятности возникновения суицидальных побуждений и осуществления суицидальных действий.

Развитие суицидальной тенденции (риска суицидального поведения) имеет свою динамику: *конфликт в системе значимых отношений у личности с низкими адаптационными возможностями – социально-психологическая дезадаптация и личностный кризис в условиях конфликта – вторичный конфликт – суицидальное намерение (действие)*. В соответствии с этим **риск суицидального поведения по степени выраженности** имеет свою

градацию: *признаки состояния социально-психологической дезадаптации и кризиса у личности с низкими адаптационными возможностями – конфликт в системе значимых отношений у дезадаптированной личности, который оценивается как неразрешимый – прямые или косвенные признаки суицидального намерения.* Эффективность профилактики суицидального поведения на последней стадии развития суицидальной тенденции достигается с привлечением психиатра (психотерапевта).

Предрассудки и заблуждения в отношении суицидального поведения:

1. Предрассудок: *Те, кто кончают с собой, психически ненормальные люди.*

Заблуждение: Душевнобольным никто, кроме врача не сможет помочь.

Факт: Примерно 70 – 80 % суицидентов не страдают никаким психическим заболеванием. В их жизни это временная ситуация, из которой они не видят иного выхода.

2. Предрассудок: *Не следует говорить о самоубийстве с человеком, подверженным его риску, поскольку можно спровоцировать совершение этого действия.*

Заблуждение: Лучше в разговоре избегать этой темы.

Факт: Напротив, в ситуации доверительного общения обсуждение проблемы суицида снижает его риск. Лучший способ выявления суицидальных намерений – прямой вопрос о них. Открытый разговор с выражением искренней заботы и беспокойства, вызванного наличием у человека мыслей о самоубийстве, является для него источником облегчения.

3. Предрассудок: *Если человек говорит о самоубийстве, то он его не совершит.*

Заблуждение: Не нужно обращать особое внимание на людей, говорящих о самоубийстве.

Факт: Четверо из пяти людей, намеревающихся покончить с собой, обычно перед этим прямо или косвенно дают знать кому-нибудь о своих намерениях. перед смертью в той или иной форме говорят об этом желании с другим человеком.

4. Предрассудок: *Суицидальные попытки, не приводящие к смерти, являются лишь формой поведения, направленной на привлечение внимания.*

Заблуждение: Подобное поведение достойно игнорирования или осуждения.

Факт: Наказание за суицидальное поведение или его оценка как «недостойного» способа призыва о помощи может привести к рецидиву.

5. Предрассудок: *Самоубийца определенно желает умереть.*

Заблуждение: Нет никакого смысла в оказании помощи, он будет неоднократно предпринимать попытки, пока не совершит самоубийство.

Факт: Большинство суицидентов являются открытыми для помощи других, даже если она навязывается им помимо их желания. Преобладающее

большинство лиц, обнаруживавших суицидальные тенденции в то или иное время своей жизни, находят способ продолжения жизни.

6. Предрассудок: *Большинство самоубийств совершается неожиданно, без предупреждения.*

Заблуждение: Поскольку о самоубийстве заранее никому неизвестно, то и невозможно ничего предпринять для его предотвращения.

Факт: У большинства суицидентов наблюдаются предупреждающие сигналы в форме прямых высказываний, физических (телесных) признаков, эмоциональных реакций или поведенческих проявлений, указывающих на глубокие душевные переживания и психическое напряжение.

7. Предрассудок: *Если человек однажды предпримет суицидальную попытку, то он больше ее уже не повторит.*

Заблуждение: Теперь нет нужды беспокоиться; сама совершенная попытка предотвращает возможность дальнейших суицидальных действий.

Факт: Частота самоубийств у лиц, ранее совершивших суицидальные попытки, в 40 раз выше, чем среди других людей.

8. Предрассудок: *Злоупотребление алкоголем и наркотиками не имеет отношения к самоубийствам.*

Заблуждение: Алкоголь и наркотики снижают остроту переживания проблем.

Факт: Алкоголизм и наркомания являются психологическими аналогами суицидального поведения. Злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами относится к факторам суицидального риска.

9. Предрассудок: *Самоубийство представляет собой чрезвычайно сложное явление, помочь самоубийцам могут только профессионалы.*

Заблуждение: Никто, кроме специалиста не сможет помочь потенциальному суициденту.

Факт: Реагирование на суицидальное поведение у конкретного человека должно быть немедленным и не требует глубоких познаний в области психологии или медицины. Необходимо лишь понимание и проявление внимания к тому, что человек говорит, принятие этого всерьез, оказание психологической поддержки и последующее обращение за соответствующей помощью к психологу или психиатру.

10. Предрассудок: *Если у человека имеется склонность к самоубийству, то она останется у него навсегда.*

Заблуждение: Нет способа, позволяющего искоренить суицидальные чувства, и не стоит надеяться, что человек вернется к своим повседневным обязанностям после суицидального эпизода.

Факт. Большинство суицидальных кризисов являются преходящими и устраняются при соответствующей помощи. Однако если эмоциональный стресс продолжается, облегчение не наступает, а помощь не оказывается, то сохраняется риск суицидального поведения. После получения профессиональной помощи человек чаще всего способен возобновить свою обычную жизнь деятельность.

11. **Предрассудок:** *Самоубийство – явление наследуемое.*

Заблуждение: Значит, оно фатально, и ничем нельзя помочь.

Факт: Это пока не доказано. Наличие какой-либо генетической основы не означает, что человеку в современном цивилизованном обществе нельзя оказать реальную помощь, даже если это нужно делать неоднократно.

Выдающийся русский психиатр И.А.Сикорский отмечал: «Неожиданные «внезапности» (суициды) являются таковыми только по недосмотру или по непривычке видеть и наблюдать психологию в лицах и событиях... Все, т.н. «глубокие тайны» подготавливаются и зреют на виду у всех; предусмотреть их возможно; научиться видеть должно».

Профилактика самоубийств возможна, однако для ее осуществления необходим ряд мер, связанных с совершенствованием оказания психолого-педагогической помощи и системы взаимодействия. Лучшим из всех возможных подходов предупреждения суицидов, осуществляемых на базе учебных заведений, является скоординированная системная работа, проводимая совместно педагогами, психологами и медицинским персоналом в тесном сотрудничестве с администрацией.

Работа по профилактике суицидального поведения учащихся в учреждении образования имеет 4 уровня и осуществляется согласно следующей модели:

Общая профилактика (постоянно, со всеми учащимися) – изучение личностных особенностей, формирование благоприятного социально-психологического климата и установок на здоровый образ жизни, поддержание нравственного и психического здоровья, развитие и стимулирование адаптационных возможностей у обучающихся.

Первичная профилактика (систематически, с «группой риска») – выявление учащихся, которых по своим личностным особенностям можно отнести к «группе риска», оказание им помощи в адаптации к учебному процессу, формировании адекватного позитивного образа Я, профилактические индивидуальные беседы, своевременное разрешение конфликтных ситуаций, взаимодействие с родителями, выявление студентов, нуждающихся в психологической помощи и поддержке, психолого-педагогическая коррекция их состояния.

Вторичная профилактика (по факту, индивидуально) – при обнаружении суицидального риска осуществляется в виде обеспечения безопасности учащегося, оказания экстренной психологической помощи с привлечением специалистов в этой области, тесного взаимодействия с родителями

Третичная профилактика (систематически, индивидуально) – реадаптация и ресоциализация студента, совершившего суицидальную попытку, снижение последствий и уменьшение вероятности рецидива.

Акцент в профилактике необходимо делать на недопущении суицидоопасного развития дезадаптационных процессов в условиях личностного кризиса, на своевременном выявлении и нивелировании

факторов, несущих потенциальную угрозу суицида, изменении условий их порождающих. Значимым исходным моментом в этой работе является установление доверительных отношений, наличие сведений о личностных особенностях юношей (девушек), особенностях семьи, биографических данных.

Факторы, детерминирующие суицидоопасное развитие кризисных и дезадаптивных состояний имеют как собственно психологическое, так и социальное содержание.

Биографические факторы:

- суицидальные попытки в прошлом;
- психические отклонения у родителей, особенно, аффективные расстройства (депрессия) или другие психические заболевания;
- злоупотребление алкоголем, наркомания или другие виды асоциального поведения у членов семьи;
- суицидальные попытки и суициды в семье;
- насилие в семье (включая физическое и сексуальное насилие над ребенком);
- недостаток внимания и заботы о детях в семье, конфликтные отношения между членами семьи, неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем;
- частые ссоры между родителями, постоянное эмоциональное напряжение и высокий уровень агрессии в семье;
- неполная семья;
- чрезмерно высокая или слишком низкая требовательность со стороны родителей в отношении детей;
- излишняя авторитарность родителей (особенно следует обращать внимание на семьи, где излишне авторитарна мама, а отец проявляет безволие и безучастность);
- отсутствие психологической гибкости и педагогического такта у родителей;
- физические недостатки, тяжелые хронические заболевания;
- воспитание приемными родителями или опекунами.

Личностные факторы:

- эмоциональная неустойчивость и выраженная тревожность;
- асоциальное либо антисоциальное поведение;
- склонность к демонстративному поведению;
- высокая степень импульсивности;
- раздражительность;
- отсутствие гибкости в мышлении и стилях преодоления трудностей;
- инфантильность, неспособность самостоятельно преодолевать жизненные трудности;
- неспособность реальной оценки действительности;
- тенденция «жить в мире иллюзий и фантазий»;
- низкая самооценка;

- легко возникающее чувство разочарования;
- чрезмерная подавленность при несущественных недомоганиях или неудачах;
- чувство неполноценности и неуверенности в себе;
- отсутствие отношений с противоположным полом;
- робость и застенчивость;
- болезненное реагирование на грубость и бестактность;
- отчужденность;
- пессимистический взгляд на жизненные перспективы;
- склонность к экстремальным формам проведения досуга;
- высокая конфликтность в отношениях с окружающими.

Отклонения от полоролевых стереотипов в поведении, проблемы половой идентичности, связанные с сексуальной ориентацией, либо участие в молодежных деструктивных (эмо, готы т.п.) течениях также являются факторами риска суицидального поведения.

Факторы (как правило, конфликты), связанные с психотравмирующими событиями в жизни личности с низкими адаптационными возможностями, которые могут спровоцировать суицидальное поведение:

- ситуации, переживаемые как обидные, оскорбительные, несправедливые, как угроза образу «я»;
- конфликты в семье, развод родителей, уход одного из них из семьи;
- смерть родного, любимого или другого значимого человека;
- разрыв отношений с любимым человеком;
- совершение противоправного действия;
- подражание саморазрушающему поведению других;
- запугивание, издевательства со стороны сверстников, длительное пребывание в роли «козла отпущения» или жертвы;
- разочарование и серьезные трудности в учебе;
- шантаж с целью получения желаемого;
- высокие притязания к результатам обучения (оценкам);
- нежелательная беременность, аборт и его последствия;
- совершение в отношении молодого человека (девушки) преступных действий, связанных с физическим, сексуальным насилием или утратой имущества;
- неизлечимые или «позорные» заболевания.

Биографические и личностные факторы опосредуют возможное суицидоопасное развитие дезадаптивных процессов. Такие студенты нуждаются в более акцентированном психологическом и социально-педагогическом сопровождении их учебной деятельности. С ними необходимо проводить специальную индивидуальную работу с привлечением психолога, социального педагога, а при необходимости медперсонала.

Роль «пусковых механизмов» в суицидоопасном развитии

дезадаптивных процессов могут выполнять **ситуативные факторы (конфликты)**. В случае суицидального риска *биографические, личностные и ситуативные* факторы интегрируются в сложную комбинацию острых переживаний одиночества, обиды на окружающих, разочарования в себе, беспомощности, безнадежности, утраты жизненных целей и ценностей.

В случае возникновения таких состояний следует провести ряд мероприятий. К ним можно отнести:

- организацию постоянного наблюдения за данными учащимися;
- перевод, по возможности, в другую учебную группу (с согласия самого учащегося);
- ограждение от конфликтов, повышенных психических нагрузок, временное «смягчение» требовательности педагогов к качеству подготовки к занятиям;
- встречи с родителями (по возможности);
- тактичный повседневный контроль;
- вовлечение в творческую деятельность;
- оказание помощи в консультации у специалистов при жалобах на здоровье.

Методы:

- доверительные беседы;
- авансированные поощрения;
- вовлечение в активную деятельность;
- повышение уровня самооценки;
- стимулирование конструктивной инициативы;
- одобрение, похвала, эмоциональная поддержка, внушение уверенности;
- постепенное повышение уровня требовательности.

Индивидуальная беседа с потенциальным суицидентом имеет свою специфику.

1. Быть уверенным, что в состоянии помочь.
2. Молодые люди в состоянии суицидоопасного кризиса, являются особенно чувствительными не только к тому, **что** говорить, но и **как** это говорить.
3. Мягко выяснить причины переживаний.
4. Направлять разговор в сторону душевной боли, а не от неё, стимулировать «проговаривание» переживаний.
5. Сохранять спокойствие, проявлять терпение и не осуждать, не зависимо от того, что говорит.
6. Педагоги могут столкнуться с тем, что юноша (девушка) отвергает их помощь. На самом деле он(а) одновременно и желает, и не хочет её, поэтому мягкость и настойчивость, **внимание и желание понять**, максимальное проявление сочувствия необходимы для достижения положительного результата в беседе. Между тем ненавязчиво следует проявлять твердость в собственной жизнеутверждающей позиции.

7. Совместно обсудить имевшиеся в жизни молодого человека схожие жизненные ситуации.

8. Дать возможность молодому человеку найти свои собственные ответы, даже если считаете, что знаете очевидное решение или выход.

9. Предлагать только ту помощь, которую сами в состоянии оказать.

10. Если чувствуете, что Ваши слова не нашли отклика у собеседника, то найдите возможность продолжения этой беседы со специалистом-профессионалом. Сообщить студенту, куда и к кому он может обратиться за психологической помощью и поддержкой.

В индивидуальной беседе необходимо гибко использовать антисуицидальные факторы либо стимулировать их появление в сознании потенциального суицидента. Как правило, такими факторами являются:

- нереализованные творческие планы, представление о неиспользованных возможностях;
- внимание к собственному здоровью;
- религиозность, религиозные и социальные табу, связанные с проблемой самоубийства;
- боязнь причинить душевную боль родным и близким;
- родственные обязанности;
- чувство долга, понятие чести;
- зависимость от общественного мнения;
- эмоциональная привязанность к значимым близким;
- гиперответственность;
- боязнь физического страдания и причинения себе физического ущерба;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства;
- неуверенность в надёжности выбранного способа самоубийства,

Помощь учащимся с выраженными суицидальными тенденциями или отчаявшимся

Суицидальное поведение – это последнее звено в цепи процесса дезадаптации. Важно вовремя увидеть этот процесс. В момент его кульминации также можно предотвратить суицидальный поступок, т.к. суицидальное намерение, как правило, носит ситуативный характер.

!!! Признаки, свидетельствующие о возможной суицидальной угрозе и необходимости экстренной психологической помощи.

Поведенческие:

- признаки самоповреждения (странгуляционная борозда на шее; свежие шрамы, царапины либо повязки на запястьях);
- вялость, апатия, безразличие,
- утрата интереса к увлечениям, жизненной деятельности, ранее доставляющим удовольствие;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, стремление к уединению, уход из дома;

- рассеянность или растерянность, неспособность сосредоточиться;
- внезапное изменение поведения и настроения (например, от подавленности и отстраненности к, бросающейся в глаза, веселости и беззаботности), особенно, отдаляющие от близких людей;
- злоупотребление табаком, алкоголем или другими психоактивными веществами;
- опрометчивые и безрассудные поступки;
- прощальные записки, письма, SMS;
- посещение врача без очевидной необходимости или настойчивые просьбы об обследовании и госпитализации;
- раздача дорогих вещей и/или денег;
- приобретение средств совершения суицида;
- пренебрежение внешним видом, несоблюдение правил личной гигиены;
- проблемы в учебе (снижение успеваемости, прогулы, опоздания);
- подготовка плана суицида;
- рисунки с гробами и крестами, брутальность антуража;
- частое прослушивание печальной и траурной музыки, предпочтение чтения, связанного со смертью и самоубийствами;
- изменение режима сна: недостаток сна или повышенная сонливость.

Коммуникативные:

- суицидальные угрозы и высказывания (прямые или косвенные);
- разговоры или шутки о желании умереть;
- сообщение о конкретном плане суицида;
- высказывания самообвинения;
- размышления вслух о малой ценности жизни;
- высказывания, фиксированные на кризисной ситуации, состоянии здоровья;
- медленная, маловыразительная речь;
- символическое прощание;
- сообщение о своих намерениях в письмах, дневниках, записках, SMS и т.п.;
- высказывания о собственной малозначимости;
- уверения в беспомощности и зависимости от других, двойственная оценка значимых событий.

Должны насторожить фразы типа «все надоело», «ненавижу всех и себя», «пора положить всему конец», «когда все это кончится», «так жить невозможно», рассуждения о похоронах.

Эмоциональные:

- признаки депрессии (подавленность, эмоциональная «закрытость», безучастность к окружающим людям, слезливость);
- резкие колебания в настроении – от безудержного веселого до угрюмого, подавленного и наоборот;
- высокая степень эмоционального истощения;
- переживание одиночества;
- переживание беспомощности и безнадежности;
- переживание горя;

- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство вины;
- переживания, связанные с «серьезностью» либо «неизлечимостью» имеемого заболевания.

Появление таких признаков, особенно в совокупности, во многом свидетельствует о возникновении намерения уйти из жизни или высокой вероятности суицида. В этом случае необходимо срочно провести беседу, в которую обязательно включить следующие вопросы:

- Что у тебя что-то стряслось?
- Что тебя мучает (беспокоит)?
- Ты думал когда-нибудь о самоубийстве?
- Каким образом ты собираешься это сделать?

Ответы на них помогут определить степень суицидального риска и вероятность суицидальных действий. При утвердительных и конкретизированных ответах необходима немедленная специализированная помощь.

И, наконец, в ситуации острого переживания кризиса, открытого заявления о нежелании жить либо демонстрации суицидальных намерений необходимы быстрые и решительные действия. Самым эффективным способом является обращение к специалистам психологам и психотерапевтам, которые занимаются экстренными кризисными состояниями в специализированных центрах и медицинских учреждениях. В разговоре следует убедить учащегося в необходимости обращения к этим специалистам безотлагательно. Такого учащегося следует незамедлительно направить в сопровождении кого-либо из персонала учебного заведения в специализированный центр или медицинское учреждение. При необходимости вызвать скорую медицинскую помощь. **Ни в коем случае не оставлять одного!!!** Подобные меры многократно повышают вероятность сохранения жизни и здоровья молодому человеку.

Первая помощь при суициде.

Если Вы стали свидетелем попытки самоубийства, нужно предпринять следующие действия:

- 1) вызвать скорую медицинскую помощь по телефону 103;
- 2) оказать первую доврачебную помощь:
 - остановить кровотечение - на вены наложить давящую повязку, на артерии (пульсирующая алая струя) - жгут выше раны;
 - при повешении часто травмируются шейные позвонки, поэтому, после того как пострадавшего вынули из петли, надо избегать резких движений;
 - если нет пульса, проводить непрямой массаж сердца и искусственное дыхание до прибытия бригады скорой помощи;
 - при отравлении - вызвать рвоту (**если человек в сознании!**);
 - при бессознательном состоянии следить за проходимость дыхательных путей и повернуть голову на бок, чтобы не запал язык;

- в случае отравления, если пострадавший может глотать, принять **10 таблеток активированного угля**;
- если пострадавший в сознании - необходимо поддерживать с ним **постоянный(!!!)** коммуникативный контакт, **не оставляя его одного(!!!)** со своими мыслями