

АУТОАГРЕССИВНЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

ВЕРА ЗАКОНДЫРИНА

Постоянные национальные катаклизмы в отдельных регионах России, усилившиеся расслоение общества, социальная незащищенность, семейное неблагополучие и как результат, отсутствие светлой перспективы тяжело воспринимается наиболее уязвимыми слоями населения, в том числе молодежью. Увлечение оболванивающей поп-культурой, спиртными напитками, наркотиками приводит к деградации общества. При этом склонность к суициду среди молодежи растет с каждым годом.

При изучении работ, связанных с темой аутоагрессивного поведения подростков, следует отметить следующее: авторы рассматривают чаще всего решение данной проблемы либо в психолого-педагогическом аспекте, как вариант девиантного поведения [5, 9, 13, 14, 16, 17], либо в узко медицинском варианте, как профилактику при неудавшейся попытке суицида. В последнем варианте, подростку требуется реабилитационная профилактическая помощь, во избежание повтора суицида [1, 2, 4, 6, 15, 18, 19]. Кризисные центры, которые занимаются этими и многими другими проблемами личности, находящейся в кризисе, не могут в полной мере оказать профилактическую помощь всем нуждающимся в ней, тем более молодежи, не подпадающей под эту категорию. Статистика, показывающая имеющиеся тенденции реально информирует нас о том, что существующие подходы к решению проблемы явно недостаточны.

Потенциальная опасность суицидальных актов в старшем подростковом возрасте довольно велика, серьезность ее не вызывает сомнения. Разумеется, должно идти дальнейшее усиление системы комплексной медико-социальной помощи и вестись большая профилактическая работа. Особенности проявлений аутоагрессивных актов в детском и подростковом

возрасте, своеобразие психологии и уровней социализации детей и подростков, специфика профилактики, дает основание уделить этому направлению работы особое внимание.

Изучение «саморазрушающего» поведения началось еще в 1930-х гг. Как отмечал К.Менингер, к такому поведению может относиться не только суицид, но и многие другие формы саморазрушающего поведения [11]. А.Е.Личко также относит к саморазрушающему поведению различные формы девиантного поведения [10]. Имеются в виду не только попытки суицида, а дополнительно различные скрытые причины, спрятанные под маркой увлечения молодежи опасными видами спорта, наркотизацию, пьянство, аморальное поведение, нарушение правопорядка и т.д. [19].

Следует отметить, что хотя общие явления деструктивного поведения имеют одинаковые корни, все же эти явления в силу многих причин, в частности индивидуальных особенностей мировосприятия детей-подростков, должны рассматриваться отдельно, а не как варианты одной проблемы.

Главной причиной многих бед, поджидающих подростка в сложный для него период взросления, является социально-психическая дезадаптация [2]. Она характеризуется снижением адаптационных способностей (это может про-

являться в снижении успеваемости, уровня интересов, ограничении общения, повышенной раздражительности, эмоциональной неустойчивости.

Аутоагрессивное суицидальное поведение у детей до 13 лет явление довольно редкое, хотя по данным статистики, оно также имеет тенденцию к увеличению. Это объясняется тем, что дети данного возраста еще очень зависимы от близких взрослых и у них только начинается процесс внутренней индентификации. Наиболее желательным и возможным для родителей и воспитателей захватить именно этот ранний период формирования Я-концепции у ребенка. В этом периоде корни проблемы могут быть действительно гораздо легче скорректированы правильным воспитанием, заложенными жизнеутверждающими принципами, умением правильно разрешать проблемы, т.е. теми мерами, которые определены психолого-педагогической практикой. Тем не менее с вхождением в пубертатный возраст, с 14–15 лет суицидальная активность у подростков резко возрастает, достигая максимума к 16–19 годам.

Таким образом, именно старший подростковый возраст является очень уязвимым к данному явлению. Мальчики в этом возрасте в 3 раза чаще совершают суициды, а девочки в 3 раза чаще делают суицидальные попытки. По мнению большинства специалистов-суицидологов, в этом возрасте большинство деструктивных актов носят демонстративно-шантажный характер, а истинных суицидов довольно мало. Так, в результате статистико-аналитической работы установлено, что у подростков наблюдается множество форм суицидального поведения (мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки самоубийства). О серьезности намерений можно судить уже по этим признакам. В более взрослом состоянии у человека всегда есть «причина».

Непосредственным толчком к аутоагрессивному акту обычно является формирующийся конфликт [3]. Под конфликтом понимается любое значимое стрессовое состояние, возникшее в ответ на раздражитель негативного плана, который воздействует на наиболее важные для личности ценностные установки. Говоря о подростках, под этим можно понимать конфликт с родителями или учителем, негативного плана отношения со сверстниками, неразделенная любовь и т.д. Нередко это состояние формируется на фоне депрессии, когда возникают мысли о своей неполноценности, идеи самообвинения, когда любое слово расценивается как упрек [18].

У подростков довольно часто суицидальные действия совершаются спонтанно, на фоне острой аффективной реакции (по типу «короткого замыкания»). Порой самый незначитель-

ный повод может сыграть роль «последней капли» и провоцирует аутоагрессивное действие. Большинство суицидальных действий является микросоциально обусловленными (как правило, связаны с отношениями в семье или школе и т.п.). Они чаще бывают направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Поэтому часто речь идет не о покушении на самоубийство, а о применении «суицидальной техники» для достижения той или иной совсем не суицидальной цели. Иногда подросток хочет, таким образом, временно «выключить» себя из какой-либо неразрешимой для него, ситуации. Понятно, что данная тема применительно к подростковому возрасту чаще всего является не медицинской, а психолого-педагогической проблемой.

Подростки чаще всего прибегают к так называемым, манипулятивным суицидальным попыткам, основанным не на желании умереть, потому что этому желанию противодействует подсознательное чувство «вечной» жизни, оно скорее содержит в себе «призыв о помощи». Для суицидентов детско-подросткового возраста характерно стремление быть «свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда на второе рождение». В подавляющем большинстве случаев у молодых людей с аутоагрессивной тенденцией выявляется выраженный эгоцентризм, что определенным образом связано с повышением уровня притязаний, который не соответствует личностным возможностям. Такое противостояние также может приводить к нарушениям депрессивного спектра [13].

К факторам, способствующим формированию дезадаптации и определяющими в какой-то степени ее выраженность, из наиболее весомых относятся: болезненность в детстве, неполная или дисгармоничная семья и выявляемые в детстве невропатические признаки. Вероятно, болезненность и появление невропатических черт в детстве определяет не только низкий уровень адаптационного потенциала за счет функциональной слабости определенных систем, но и повышенную реактивность организма при срыве адаптации. Характерно, что органическое поражение головного мозга, равно как и экзогенные влияния, не достигают значимых величин, влияющих на дезадаптацию, хотя и утяжеляют ее [5].

Также к факторам, участвующими в формировании аутоагрессивных тенденций, относятся такие признаки как отягощенная наследственность, патология беременности, семейные проблемы и аномалии в воспитании [6].

Отмечено, что у подростков склонных к актам аутоагрессии часто имеют место переживания одиночества, беспомощности, углубление эгоцентрических проявлений, сниженная

склонность к сопереживанию. «Урезанные» духовные ценности приводят подростков к тому, что они чаще других попадают в неосвоенные ситуации, которые ими начинают восприниматься как стрессовые, требующие повышенной нагрузки [7].

Учитывая сложность подросткового периода, важно не упустить время, заметить и оказать поддержку школьнику с наметившейся аутоагрессивной суицидальной тенденцией.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение предпосылок аутоагрессивного суицидального поведения, как фактора социально-психологической дезадаптации личности подростка производилось в два этапа.

Задачей первого, предварительного этапа исследования явилось выявление особенностей в портрете личности подростка с аутоагрессивной суицидальной тенденцией.

В ходе первого этапа исследования была обследована группа из 32 пациентов с антивитальными переживаниями и суицидальными попытками, находившихся на излечении в кризисном стационаре Московской больницы №20. Средний возраст пациентов составил 18 лет, из них 17 девушек и 15 юношей. Самый младший в возрасте 16 лет, самый старший – 19 лет.

В качестве контрольной группы были протестированы по тем же методикам молодые люди в количестве 35 человек, в возрасте 17–18 лет, являющиеся учащимися школы политических исследований, будущие молодые политики. Отбор в данную группу производится на основе собеседования, где основным критерием являлась жизненные установки и позиция мировосприятия.

Второй этап в исследовании являлся основным. В ходе этого этапа планировалось найти значимые отличия в портрете личности подростков, с формирующимися аутоагрессивными тенденциями и одновременно определить составляющие, характеризующие подростков с желаемым уровнем адаптации к окружающей социальной среде. Конечной целью исследования явилось нахождение необходимых критериев для комплексного проведения психопрофилактических работ по нивелированию дезадаптационных составляющих, приводящих к развитию аутоагрессивных суицидальных тенденций в подростковом возрасте и успешной адаптации к окружающей среде.

На втором этапе исследования были обследованы учащиеся 9-х и 10-х классов четырех школ города Королева Московской области в количестве 203 человек. Возраст учащихся 15–16 лет. Из них, 58% – девочки и 42% – мальчики. Обследуемые школьники из семей разных

социальных слоев. 72% школьников воспитываются в полных семьях, 28% – имеют одного родителя.

На всех этапах исследования применялись методики, прошедшие предварительный отбор и отвечающие принципам валидности и надежности: клиническая шкала самоотчета SCL-90-R (адаптирована в ИПРАН) [12], ПСН (психодиагностика суицидальных намерений), прошедшая ретестовую валидизацию в Кризисном Центре на базе 20-й больницы г. Москвы [8], шкала МОАС (оценка адаптационных способностей), разработана И.В.Соловьевым на базе 16 FLO Кетелла, также адаптирована и проверена на валидность, методика НПН-А, разработанная в институте им. Бехтерева, позволяет оценивать уровень нервно-психической неустойчивости и включает пять психиатрических составляющих, также шкала оценки депрессии, разработана в институте им. Бехтерева для дифференциальной диагностики депрессивных и близких к ней состояний, в целях предварительной доврачебной диагностики.

ОБРАБОТКА ДАННЫХ

При проведении первого этапа исследования были выявлены значимые связи, полученные в ходе корреляционного анализа основной и контрольных групп. Полученные данные при $p < 0,05$ позволили выделить индивидуально-психологические характеристики молодых людей, лежащие в основе аутоагрессивного суицидального поведения. По результатам анализа наиболее значимыми выявленными признаками перехода личности подростка к суицидальному поведению являются:

- наличие деструктивного бессознательно-го наряду с социокультурными предпосылками (суицидальным риском);
- криминальное восприятие финансово-экономических проблем;
- отчуждение от социального окружения и склонность к алкоголизации
- наличие высокого уровня нервно-психического напряжения при значимой корреляционной связи с социобиографическими предпосылками суицидального риска ($k=0,92$) и проявлениями деструктивного бессознательного ($k=0,63$);
- наличие высоких показателей по шкале истерии и психоастении с проявлением проблем в интимно-личностной сфере.

На основе выделенных параметров, подлежащих проверке, мы приступили ко второму, основному этапу исследования, при проведении которого, из общего массива полученных данных были выделены экспериментальная и контрольная группы. За основные критерии

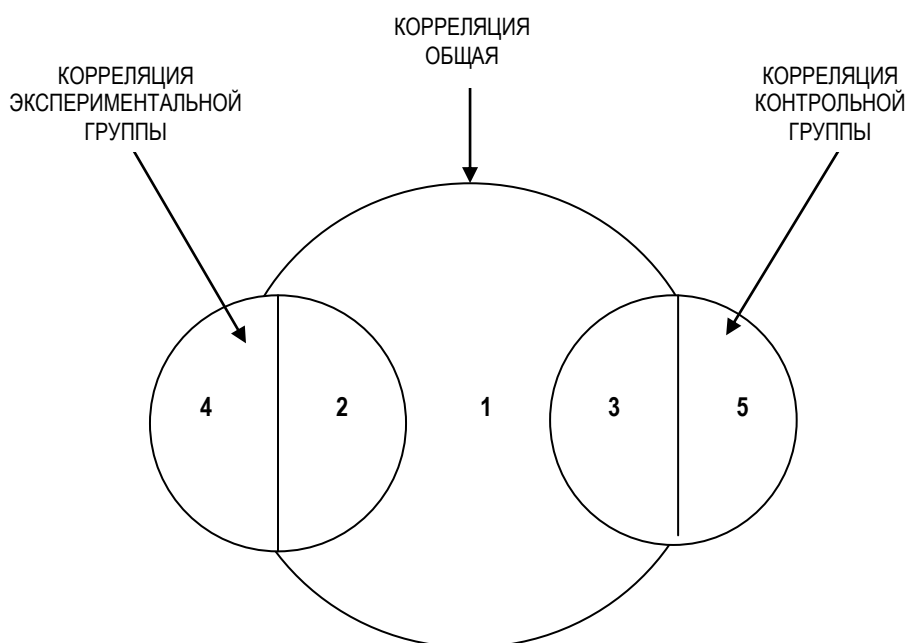
для отбора в эти группы были приняты наличие (или отсутствие) аутоагрессивных тенденций в бессознательном (танатос). Эти данные, выявлялись по методике ПСН ч.2, по принципу присутствия ассоциативных связей, фиксируемых на отдельных высказываниях, в ситуации дефицита времени и наличия позитивного эмоционального фона, блокирующего интеллектуальную сферу. С целью учета антисуицидальных факторов, которые блокируют или уравновешивают «деструктивность» бессознательного, вторым критерием отбора в ту или иную группу явился коэффициент адаптационных способностей. Данный коэффициент позволяет определить лиц имеющих высокие показатели аутоагрессии при склонности к дезадаптационным реакциям, вследствие низких адаптационных способностей. В противном случае, воз-

можен вариант высокого уровня стрессоустойчивости при низком уровне аутоагрессии. Остальные параметры были учтены, как усиливающие или подтверждающие основные тенденции.

В ходе дальнейшей обработки полученных данных был предпринят корреляционный анализ 35 шкал по 5 методикам. Корреляционный анализ проводился по следующей схеме: объединенная группа школьников, группа экспериментальная и контрольная группа.

Математическая обработка производилась с помощью программы Statistica Standart Version 6. Это позволило при сравнении трех корреляций обнаружить значимые связи характерные для всех трех групп, и связи характерные только для экспериментальной и контрольной групп отдельно.

С х е м а 1



- 1 – значимые корреляционные связи, характерные для экспериментальной,
- 2 – значимые корреляционные связи, характерные для экспериментальной и общей группы;
- 3 – значимые корреляционные связи, характерные для контрольной и общей группы;
- 4 – значимые корреляционные связи, характерные только для экспериментальной группы;
- 5 – значимые корреляционные связи, характерные только для контрольной группы.

Это обстоятельство дает возможность говорить о социально-психологических особенностях подростков с формирующимися аутоагрессивными суицидальными тенденциями, а также определить составляющие, характеризующие подростков с высоким уровнем адаптации к окружающей социальной среде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обработке результатов второго этапа исследования, нами было отмечено, что в экспериментальную группу попали большинство подростков из дисгармоничных и не полных

семей, хотя деление на группы было произведено по другим основаниям. В ходе дальнейшего анализа были обнаружены отрицательные корреляционные связи у подростков из экспериментальной группы при проверке ряда параметров. Так корреляция параметра значимости семьи с социально биографическими сведениями с при $p < 0,05$ у лиц с аутоагрессивной суицидальной тенденцией дает отрицательный показатель $k = -0,25$, при этом у группы с анти-суицидальными позициями соответствующая корреляция положительная и составляет $k = 0,62$. Следующие отличия контрольной группы от экспериментальной были выявлены по отношению понимания роли семьи в возможной кризисной ситуации. Подростки контрольной группы полагаются на поддержку семьи в ситуации депрессии (при $p < 0,05$ $k = 0,73$), а в ситуации дезадаптации и возникновения у подростка чувства собственной неполноценности корреляция составляет $k = 0,71$. У экспериментальной группы при тех же параметрах показатели ($k = 0,35$ и $k = 0,32$). Это говорит о том, что связи с семьей у подростков из экспериментальной группы гораздо слабее.

Продолжая анализ семейных взаимоотношений отметим важный показатель для подростков контрольной и экспериментальной групп, им является параметр, защищающий детей от негативного восприятия проблем в школе (при $p < 0,05$ $k = 0,66$, против $k = 0,29$ в экспериментальной группе) и в социальном окружении ($k = 0,52$ против $k = 0,21$), а также при формировании наличия смысла жизни. ($k = 0,57$ у контрольной группы, $k = -0,45$ у экспериментальной группы). Следующие показатели, показывают нам то, что учащиеся контрольной группы чувствуют себя более комфортно в жизни, дома, в школе и среди сверстников. Это обстоятельство может быть проиллюстрировано графически. Анализ групп с соответствующим пониманием подростками смыслообразующих мотивов по ряду параметров представлен в приложении. Мы видим, что у подростков экспериментальной группы требуется коррекция по формированию жизненных смыслов. Этот факт требует пристального внимания родителей, педагогов и психологов.

Интересны также результаты тестирования по методике МОАС. У подростков контрольной группы Кад (коэффициент адаптации) колеблется от 1,5 до 3, при норме 1–1,5. А у экспериментальной группы Кад у всех подростков группы он менее 0,5. Объединенная группа школьников дает усредненный коэффициент адаптации 1,1, что определенным образом характеризует общую картину по исследуемым школам. Ее можно охарактеризовать в целом, как положительную, но не для всех категорий подростков.

Далее, продолжая корреляционный анализ по шкалам SCL-90-R и шкале депрессии видим, что суицидальные тенденции могут порождаться у подростков экспериментальной группы при наличии депрессивного состояния и эмоциональной неустойчивости при $p < 0,05$ соответственно ($k = 0,51$), замкнутости ($k = 0,42$) с соединением робости ($k = 0,28$) и неуверенности в своих силах ($k = 0,38$). Такие характеристики приводят подростков экспериментальной группы к нарушению адаптационных способностей ($k = -0,41$). Обращаем внимание на довольно сильную выраженность эмоциональной неустойчивости этой группы подростков. Остальные показатели, хотя и не являются критическими, но явно показывают тенденцию, так как на их основе существует вероятность возникновения внутриличностного конфликта, который при описанных индивидуально-психологических характеристиках школьников экспериментальной группы, может приводить к доминированию аутоагрессивных тенденций и формированию суицидальных позиций.

При проведении качественного анализа шкал МОАС, выявлены некоторые личностные особенности подростков экспериментальной и контрольной групп. Группы отличаются по следующим параметрам. Так школьники, имеющие аутоагрессивные тенденции в большой степени замкнуты, необщительны, ригидны, т.е. не способны перестраиваться в связи с меняющейся обстановкой, категоричны в оценках людей. Им в большей степени свойственна скрытность, стремление быть в одиночестве, обходиться без друзей (определяется фактором *A* методики МОАС, он менее 6 баллов).

Также, проводя сравнительный анализ по фактору *C* (*C* менее 6 баллов у школьников экспериментальной группы) видим, что в противоположность контрольной группе, молодые люди с аутоагрессивными тенденциями различаются эмоциональной неустойчивостью (подтверждение по другой шкале). У них острее проявляются перемены настроения, сопутствует раздражительность, высокая утомляемость, невротические синдромы, высокая мнительность. По параметрам *L* и *O* (более 6), у подростков из экспериментальной группы чаще проявляется беспокойство, настороженность, подозрительность, эгоцентризм, но при этом ранимость, впечатлительность, тревожность, переходящая в депрессию. Они в большей степени проявляют застенчивость, неуверенность в своих силах. По анализу фактора *Q* выявляется явное отличие у экспериментальной группы от контрольной, так как эти подростки, более апатичны, часто отличаются низкой мотивацией (*Q* менее 7), Напротив подростки контрольной группы более собраны и энергичны. Им более свойственна общительность, активность (*A* и *C*

более 7), лидерские качества (параметр *H* более 6). У этих подростков адекватная, либо завышенная самооценка. Они более ответственны в то же время более открыты и жизнерадостны (*L* и *O* менее 5). Кроме этого, анализ антисуицидальных факторов показал, что для контрольной группы свойственна социальная смелость (*H* более 7), готовность к изменениям. Именно этих качеств не хватает подросткам с аутоагрессивной тенденцией.

Таким образом, полученные значимые различия в портрете личности данных двух групп школьников дали нам основание для определения дальнейших стратегий практической коррекционной работы с подростками школ г. Королева, заключающиеся:

а) в выработке необходимых критериев для проведения профилактики аутоагрессивных суицидальных тенденций у подростков;

б) разработке комплексной межотраслевой программы, в которой должны быть учтены мероприятия по участию административных и психолого-педагогических и медицинских работников, а также родителей подростков;

в) планировании третьего этапа исследования, заключающегося в проверке эффективности разработанной программы, определения практического результата проведенной работы, включающей оценку произошедших изменений по нивелированию дезадаптационных составляющих в портрете личности подростков с признаками аутоагрессии, а также повышению их адаптационных способностей к окружающей социальной среде.

СМЫСЛОБРАЗУЮЩИЕ УСТАНОВКИ, ПОКАЗЫВАЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ОПРЕДЕЛЕННЫМ ПРОБЛЕМАМ

Диаграмма 1
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ГРУППА

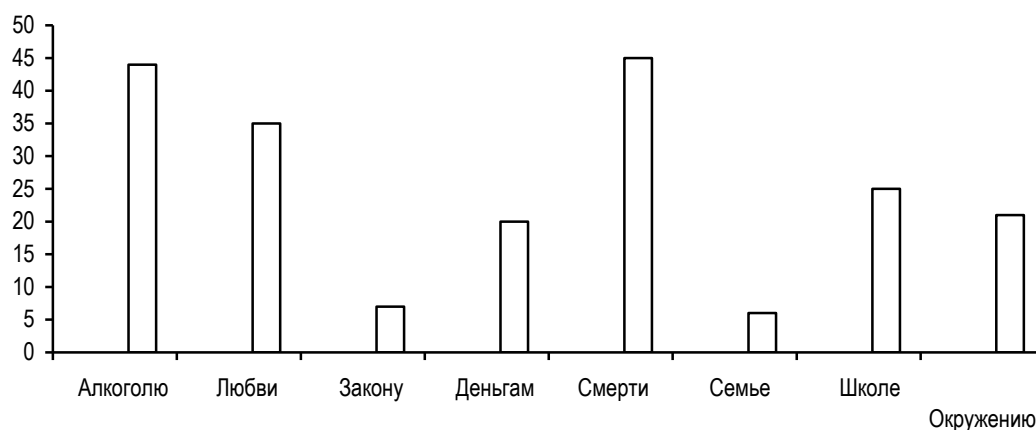


Диаграмма 2
КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА

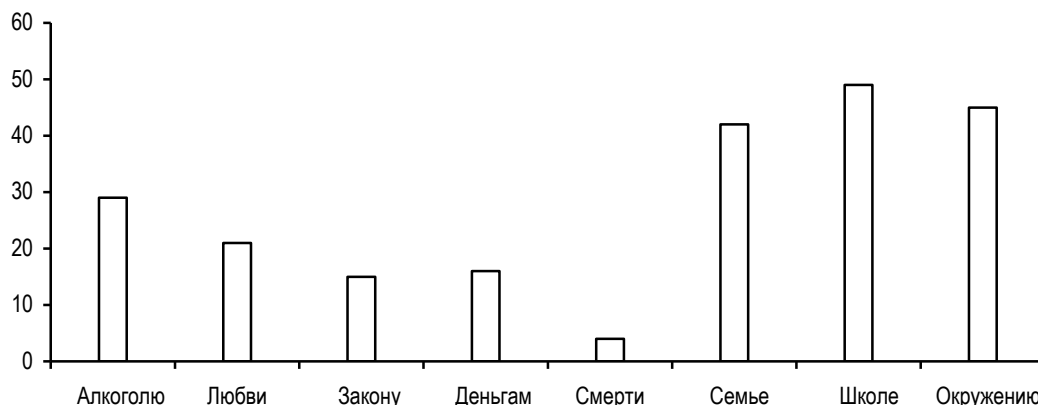
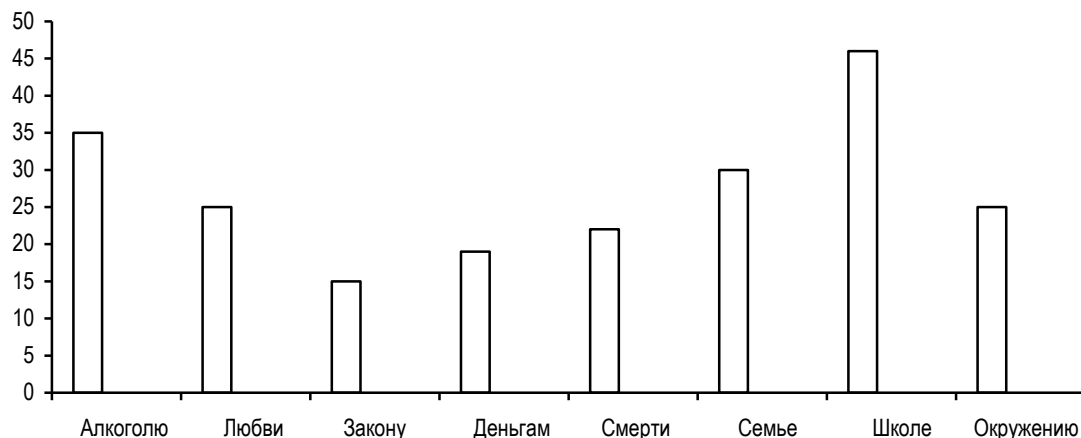


Диаграмма 3
ОБЪЕДИНЕННАЯ ГРУППА



ЛИТЕРАТУРА:

1. Александров А.А. О делинквентном поведении при психопатиях и акцентуациях неустойчивого типа в подростковом периоде // Тезисы доклада III Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1974. Т. 2. С.7–10.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Ковалев В.В. Диагностика суицидального поведения. М., 1980.
3. Амбрумова А.Г., Серпуховитина Т.В. Научно-статистический анализ суицидальных попыток по Москве за 1996 год // Социальная и клиническая психиатрия. М., 1998. Т. 8. С.76–81.
4. Демидова П.Г. Социально-психологические аспекты диагностико-коррекционной деятельности с кризисной суицидоопасной личностью. Ярославль, 2002.
5. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков. СПб, 2005.
6. Ефремов А.С. Основы суицидологии. СПб, 2004.
7. Кон И.С. Психология ранней юности. М., 1981.
8. Кучер А.А. Диагностика суицидальной опасности. М., 2004.
9. Ларичева А.А. Фактор значимых (внутрисемейных) жизненных ситуаций в структуре и стратегиях дезадаптивного поведения подростков. Диссертация к.психол.н. М., 2002.
10. Личко С.Е. Психопатии и акцентуализации характера подростков. М, 1991.
11. Менингер К. Война с самим собой. М., 2000.
12. Немчин Т.А. Клиническая шкала самоотчета SCL-90-R (личностная шкала проявления тревоги, методика ИПРАН). М., 2003. С.100–114.
13. Попковская К.С. Школьная дезадаптация как фактор формирования аддиктивного поведения. Диссертация к.психол.н. Томск, 2002.
14. Сибиряков С.Н. Агрессивность и особенности самосознания личности подростка. Диссертация к.психол.н. Кубань, 2000.
15. Султанов А.А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста // Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С.94–96.
16. Татьяна Р.Ф. Кризисные ситуации в жизни подростков из неблагополучных семей. Диссертация к.психол.н. М., 2001.
17. Уварова Н.Н. Структура состояния дезадаптации в критические периоды развития личности: на примере младших школьников и подростков. Диссертация к.психол.н. 2001.
18. Хейманс П., Подольский А., Идобаева О. Диагностика подростковой депрессивности. СПб, 2004.
19. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм подростков. М., 2005.