

## ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА

УДК 159.922

О.О. Андронникова

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ  
С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ВИКТИМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Рассматривается самоповреждающее виктимное поведение. Выделены пять типов подростков с суицидальным поведением и дана их характеристика. Рассмотрена взаимосвязь суицидальной мотивации с акцентуацией характера и волевыми расстройствами.

**Ключевые слова:** самоповреждающее виктимное поведение; подростковый возраст; самоповреждение; волевые расстройства; акцентуация характера; суицид.

Продолжающееся на протяжении ряда лет исследование специфики и моделей виктимного поведения личности привело нас к необходимости описания основных выделенных типов виктимного поведения подростков (агрессивный, активный, инициативный, пассивный, некритичный), а также исследования факторов, детерминирующих возникновение и реализацию виктимного поведения.

В данной статье нам хотелось бы остановиться на специфике активного типа виктимного поведения подростков, который включает в себя две разновидности поведенческих реакций: саморазрушающее и самоповреждающее поведение. Несмотря на то что многие авторы отождествляют саморазрушающее и самоповреждающее поведение и фактически ставят между ними знак равенства (Валентик Ю.В. с соавт., 2004; Зуркарнеева З.Л., Менделевич Д.М., 2004; Красильников Г.Т., Мартянова Е.В., 2004; Стрельник С.Н., 2004), нами предполагается наличие существенной разницы между этими типами поведения. К саморазрушающему виктимному поведению мы относим аутодеструктивное поведение, для которого свойственно совершение опасных для жизни действий, не связанных с осознанными представлениями о собственной смерти. Это широкий спектр аутодеструктивной активности, которая включает в себя действия, прямо или косвенно приводящие к причинению ущерба личности (злоупотребление табаком, наркотическими веществами, алкоголем, склонность к риску, азартные игры, провокация окружающих на драки и т.д.), но не осознаются как таковые. Достаточно часто эти действия носят провоцирующий характер, т.е. представляют собой активность, связанную с причинением ущерба личности в результате осознанной или неосознанной провокации окружающих. По сути это активность, примыкающая к суицидальной сфере, но таковой не являющаяся.

Рассматривая расширенное определение самоповреждающего поведения, А.А. Зайченко выделяет следующий перечень поведенческих реакций, связанных в первую очередь с причинением вреда телу посредством: нарушений пищевого поведения (анорексия и булимия); татуировок; пирсинга и ряда навязчивых действий (разрушение ногтей и околоногтевых валиков, обкусывание ногтей и околоногтевых валиков, губ, щипание кожи, вывихи суставов пальцев, кусание рук и других частей тела, царапанье кожи); расчесывание ран, язв, швов, родимых пятен; самопорезы; перфора-

ция частей тела с помещением в отверстие инородных предметов; удары кулаком и головой о предметы и самоизбиение; уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки и др.); самоожоги; неполное самоудушение; злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения); глотание коррозионных химикалий, батареек, булавок [1].

Таким образом, самоповреждающее поведение связано с преднамеренным причинением человеком ущерба собственному телу без желания прекращения жизни.

Несмотря на значительную разницу, и то и другое поведение связано с аутодеструктивным паттерном.

Рассматривая основные теоретические подходы к аутодеструктивному поведению, необходимо отметить классификации Ц.П. Короленко и Т.А. Донских. Авторы, анализируя поведенческие девиации, выделяют две группы: нестандартное и деструктивное поведение [2].

Нестандартное поведение, по мнению авторов, имеет форму нового мышления или идей, а также действий, выходящих за рамки социальных поведенческих стереотипов (например, деятельность новаторов, революционеров, оппозиционеров). Деструктивное поведение имеет две формы: внешнедеструктивное поведение, направленное на нарушение социальных норм и внутридеструктивное поведение, направленное на дезинтеграцию самой личности, ее регресс. Направление деструкции зависит от преобладающей цели.

В группе внутридеструктивного поведения Ц.П. Короленко и Т.А. Донских выделяют: суицидное, конформистское, нарциссическое, фанатическое и аутическое поведение. Аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение авторы обозначили как поведение, отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности [2]. Ими рассматриваются следующие формы поведения: суицидальное поведение, пищевая или химическая зависимость, фанатическое поведение, аутическое поведение, деятельность с выраженным риском для жизни (экстремальные виды спорта, существенное превышение скорости при езде на автомобиле и др.).

А.Г. Амбрумова, Е.Г. Трайнина и Н.А. Ратинова (1990) рассматривают подобные типы поведения через феномен агрессии и выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения:

— суицидальное поведение: осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни;

– суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение: неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому (психическому) саморазрушению или к самоуничтожению;

– несуицидальное аутоагрессивное поведение: различные формы умышленных самоповреждений (самоотравлений), целью которых не является добровольная смерть (или заведомо не опасные для жизни) [3].

Впервые описал и систематически исследовал различные формы саморазрушающего поведения, которые не относились к суицидальным, Н. Фейбероу. К ним автор отнес такие поведенческие реакции, как: злоупотребление различными веществами, включая наркотики, алкоголь и табак; соматические болезни (заболевание сердца, травмы позвоночника, при которых пациенты не соблюдают назначенного лечения и режима); преступления, проституция, делинквентное поведение, которые опасны возможностью краха личности; рискованные виды спорта, такие как прыжки с парашютом, в воду с большой высоты. Такое поведение Э. Дюркгейм еще в 1897 г. назвал «символическим суицидом». Позднее все типы поведения, которые способствуют продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти, стали называться саморазрушающим поведением. П.И. Сидоров, А.В. Парняков в своей работе «Введение в клиническую психологию» данные типы поведения называют непрямым суицидом, признаком которого является отсутствие полного осознания своих поступков в направлении смерти, отрицание суицидальной тенденции [4].

Все перечисленные формы деструктивного поведения приводят к ухудшению качества жизни, снижению критичности к своему поведению, когнитивным искажениям (восприятия и понимания происходящего), снижению самооценки и эмоциональным нарушениям. На наш взгляд, вышеперечисленные формы поведения можно объединить по ключевому признаку причинения ущерба самой личности в самоповреждающее вictimное поведение, однако суицидальное поведение, связанное с осознанием действий в направлении окончания жизни, следует отнести к особой категории.

Собственно суицидальным поведением мы называем любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни [5].

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко в методических рекомендациях выделяют внутренние (в том числе вербальные) и внешние формы психических актов, включающих:

– внутренние формы – суицидальные мысли; суицидальные представления; суицидальные переживания; суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения;

– внешние формы – суицидальные попытки и завершенные суициды [6].

Важным фактором, непосредственно включенным в структуру суицидального поведения, является наличие суицидальной установки. Суицидальные мысли представляют когнитивный аспект суицидальной установки, связаны с начальным этапом суицидального про-

цесса и относятся, по мнению ряда авторов (Pawsey R., Krupinska O., 1994), к факторам риска самоубийства. По некоторым данным (Яворский А.А., 1991; Панченко Е.А., 2003), формирование суицидальных установок, антивитаальных переживаний и возникновение суицидальных мыслей в большинстве случаев происходит в 14–15-летнем возрасте. При этом рядом авторов (Войцех В.Ф., 2003) личностный конфликт при фрустрации базовых потребностей в начальном периоде суицидогенеза признается более значимым, чем наличие психосоциальных стрессоров.

Внутренние и внешние формы суицидального поведения подчинены общим закономерностям строения человеческой предметной деятельности (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев). Психологический анализ ее «макроструктуры» выделяет, во-первых, отдельные деятельности – по критерию побуждающих их мотивов, во-вторых, действия, подчиняющиеся сознательным целям, и, в-третьих, операции, которые непосредственно зависят от задач, т.е. условий достижения конкретных целей.

Благодаря отношениям, складывающимся между целью и мотивом, формируется личностный смысл – существенная характеристика сознания и личности.

В соответствии со структурой деятельности суицид можно рассматривать как действие, подчиненное конкретной цели покончить с собой, но включенное в более широкую систему предметной деятельности с соответствующим ей мотивом. Иными словами, суицидальные действия в подавляющем большинстве случаев «обслуживают» иную «вышестоящую» потребность. Цель суицида и мотив деятельности, в состав которой он включен, не совпадают, а их отношение (цели к мотиву) составляет личностный смысл самоубийства для субъекта [6].

Любой вид деятельности это сложный процесс, в который включаются и используются все психические процессы и свойства личности. Деятельностный подход к рассмотрению суицидальной активности позволяет нам предположить, что как всякая другая деятельность, суицидальная активность будет находиться в тесной зависимости от целого ряда компонентов опосредующих специфику и характер деятельности. Это характерологические и личностные особенности, эмоционально-волевые компоненты и т.д.

Рассматривая особенности подросткового суицидального поведения как наиболее значимо опосредующие специфику деятельного акта, на наш взгляд, необходимо учитывать такие характерные для возраста проявления, как: эмоциональные расстройства (депрессия), волевые расстройства, акцентуации характера.

Акцентуации характера – чрезмерное усиление и выраженность отдельных черт характера или их сочетания, проявляемые в избирательном отношении личности к психологическим воздействиям определенного рода при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим. Различные комбинации чрезмерно усиленных черт дают различные типы акцентуаций. Это понятие введено Карлом Леонгардом [7].

Анализ литературных источников и наши исследования на протяжении ряда лет позволил сделать вывод что, разные типы акцентуированных характеров проявляют склонность к разным формам суицидального поведения.

Для подростков с гипертимным типом акцентуаций склонность к суицидальному поведению не характерна. Подростки этого типа не наносят себе ни физического, ни социально-психологический ущерб. Они скорее склонны к саморазрушающему виктимному поведению: тяга к риску, новым впечатлениям, острым ощущениям [8].

У подростков с циклоидным типом акцентуаций возможность суицида зависит от фазы. В субдепрессивной фазе для циклоидного типа акцентуаций характерно суицидальное поведение. Суицидные попытки совершаются обычно в стрессовой ситуации на высоте аффекта.

Эмоционально-лабильные подростки склонны к суицидному поведению аффективного типа. Они быстро принимают решение и быстро его осуществляют (в тот же день). Мотивом этих действий служит не столько желание умереть, сколько сделать с собой что-то из-за невозможности пережить данное событие. Они ищут эмоциональные связи и поддержку у друзей и близких. Эмоциональное отвержение, потеря поддержки значимых людей, например родителей, толкает подростков эмоционально-лабильного типа к суицидным попыткам.

Уязвимым звеном в характере подростка сенситивного типа акцентуаций является чувство собственной неполноценности. Такие подростки зависят от окружающих, нуждаются в их добром отношении, поддержке и оценке. Недоброжелательность окружения, несправедливые обвинения, предательство друзей и возлюбленных, насмешки или подозрения легко приводят к развитию реактивной депрессии. Сенситивные подростки не делятся своими переживаниями, накапливая, аккумулируя чувство вины за свою неполноценность, постепенно приходя к мысли о невозможности и бессмысленности своего существования. Незаметно для окружающих у них вызревают суицидные намерения, которые реализуются неожиданно для всех [8].

Подростки с психастеническим и шизоидным типом акцентуации к суицидам не предрасположены. Для подростков с шизоидной акцентуацией свойственно больше агрессивное или саморазрушающее виктимное поведение, которое облегчает неформальные контакты со сверстниками.

Эпилептоидный тип акцентуации предопределяет риск самоубийств. Истинные суициды встречаются у эпилептоидных психопатов. При акцентуациях характерна демонстративная форма суицидального поведения. Мотивом служит желание причинить обидчику вред, напугать кого-то, добиваясь своих целей. Но демонстративные по форме намерения при сильной аффектации эпилептоидов могут стать неконтролируемыми и обернуться трагически. Аффективные реакции эпилептоидов чаще всего агрессивны; если подросток остается в одиночестве, в безвыходной ситуации, то агрессия может быть направлена на себя. Характерны порезы, самоповреждения горящими предметами как проявление мазохистических тенденций эпилептоидов.

Главной чертой истероидного характера является демонстративность, что обуславливает склонность к суицидному шантажу у подростков данного типа акцентуаций. Подросток стремится произвести наибольшее впечатление на окружающих, разжалобить или

напугать, но главное – привлечь к себе внимание, добиться желаемого. Демонстративность суицида может обернуться реальным самоубийством из-за несчастного случая. Желание выделиться приводит к неверному расчету усилий или последствий поступка [8].

При неустойчивом типе акцентуаций характерными являются слабость волевой сферы в организации поведения и гедонистическая направленность подростка. Риск суицида отсутствует.

По данным А.Е. Личко (1999), распределение типов характера связано с типами суицидального поведения. При демонстративном суицидальном поведении преобладали подростки истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов (50%), 32% – эпилептоиды и эпилептоидно-истероидного типа. 18% составляли подростки всех остальных типов, причем шизоидов, циклоидов и сенситивных подростков при демонстративном типе вообще не встречалось. При аффективном типе суицидального поведения основную группу составляли подростки с лабильным и лабильно-истероидными типами (37%), другие варианты истероидного типа – 23%, сенситивный и конформно-неустойчивые типы – по 18% и только 4% – эпилептоидный тип характера. Истинные суициды были характерны для сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов. Для подростков шизоидного типа свойственна чрезвычайно низкая выраженность суицидального поведения в подростковом возрасте [9].

Вторым компонентом детерминации суицидального поведения, на наш взгляд, выступают волевые расстройства.

Воля – способность к выбору деятельности и к внутренним усилиям, необходимым для ее осуществления. Осуществляя волевое воздействие, человек противостоит власти непосредственно испытываемых потребностей, импульсивных желаний. Для волевого акта характерно не переживание «я хочу», а переживание «надо», «я должен», осознание ценностной характеристики цели действия. Волевое поведение включает принятие решения, часто сопровождающееся борьбой мотивов (акт выбора), и его реализацию. [10]

Расстройства воли – большая группа психопатологических феноменов. Они выражаются в нарушении способности к деятельности, патологических, извращенных потребностях, нарушении представления о конечных результатах, нарушении контроля за деятельностью, нарушении проецирования процессов в сознании [10]. Волевые расстройства наблюдаются при различных патологических состояниях, как правило, являясь одним из многих элементов наблюдаемой клинической картины. В то же время любое действие индивидуума является непосредственным воплощением в реальность его волевых актов [10].

По мнению многих авторов, одним из наиболее часто встречающихся факторов, способствующих поведению на самоубийство, является депрессия.

Депрессия (от лат. *Depressio* – подавление) – в психологии аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек испытывает прежде всего тяжелые, мучительные эмо-

ции и переживания – подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Типичны мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед жизненными трудностями сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Изменяется восприятие времени, которое, как кажется, течет мучительно долго. В состоянии депрессии отмечаются замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; это приводит к резкому снижению продуктивности. В тяжелых, длительных состояниях депрессии возможны попытки самоубийства [11].

Необходимо подчеркнуть, что депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности человека, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации.

В соответствии с клиническими особенностями аффективных синдромов определялись основные типы депрессий:

- простые – меланхолические, тревожные, апатические;
- сложные – депрессии с навязчивостями, с бредом.

Среди классических признаков депрессии выделяли: чувство витальной тоски, первичное чувство вины, суицидальные проявления, нарушение суточного ритма.

В структуру депрессивного паттерна часто входят суицидальные мысли – психологически невыводимое желание умереть с идеями бессмысленности существования, желательности несчастного случая со смертельным исходом или намерение покончить с собой. Данные проявления могут приобретать характер навязчивых представлений или непреодолимого влечения, упорного стремления к самоубийству (суицидомания).

Для выявления наличия и специфики взаимосвязи суицидального поведения с акцентуацией характера, депрессией и волевыми расстройствами нами было проведено исследование, в котором приняли участие две группы старших подростков в возрасте от 16 до 21 года в общем количестве 68 человек (из них 34 юношей и 34 девушки). В первую группу вошли испытуемые, совершившие попытку суицида, во вторую группу – молодые люди, которые не совершали попыток суицида. Представленные выборки были уравнены по полу, возрасту и образованию, это молодые люди со средним, неоконченным высшим образованием и законченным высшим образованием.

Исследование проводилось с использованием следующих психологических методик: тест «Суицидальная мотивация» (Вагин Ю.Р., 1998), тест «Противосуицидальная мотивация» (Вагин Ю.Р., 1998), «Шкала суицидальной интенции» (Beck A.T.), характерологический опросник К. Леонгарда, тест «Депрессия», госпитальная шкала депрессии, нормированная шкала диагностики волевых расстройств. Математическая обработка данных велась с применением U-критерия Манна-Уитни, коэффициента корреляции Спирмена, метода главных компонент (латентно-структурный анализ).

Выявление взаимосвязи между акцентуациями характера и мотивацией к суицидальному поведению показало, что группы достоверно различаются по ряду показателей.

В группе совершивших попытку суицида достоверно выше показатели по таким значениям, как анестетическая – невыносимость страданий ( $U = 36$  при  $p \leq 0,038$ ); депрессия ( $U = 12$  при  $p \leq 0,001$ ); дистимная акцентуация ( $U = 16,5$  при  $p \leq 0,001$ ). Кроме того, в данной группе значительно выше среднего показатели по параметру «Анемическая мотивация – потеря смысла жизни», что может говорить о сохранившейся тенденции к суициду и неразрешенных проблемах в этой области данной выборки испытуемых.

В группе подростков, не совершавших попытки суицида, достоверно выше показатели по параметрам противосуицидальной мотивации: моральная – личное негативное отношение к суицидальной модели поведения ( $U = 16,5$  при  $p \leq 0,001$ ); нарциссическая – любовь к себе ( $U = 35$  при  $p \leq 0,033$ ); когнитивная надежда – надежда разрешить ситуацию ( $U = 22$  при  $p \leq 0,004$ ); временная инфляция – ожидание, что со временем все изменится к лучшему ( $U = 33,5$  при  $p \leq 0,026$ ). Для подростков данной группы характерна гипертимная акцентуация ( $U = 32$  при  $p \leq 0,021$ ).

Представленные различия свидетельствуют, что основными сдерживающими факторами совершения суицида для второй группы являются личное негативное отношение к суицидальной модели поведения и готовность найти другие способы разрешения проблем, большая любовь к себе, а значит, страх причинить себе боль и нанести вред своему телу. Важный параметр для второй группы – способность осмысливать возникшую проблему, а не заикливаться на ее неразрешимость, это поиск выхода из сложившейся ситуации и надежда на то, что всегда можно найти решение проблемы, а также что со временем все изменится к лучшему.

Показателями сдерживания повторного суицида для первой группы являются «Этическая мотивация – чувство долга перед близкими» и «Временная инфляция – со временем все пройдет», об этом свидетельствуют значения этих параметров, которые находятся выше среднего.

Для проверки выдвинутой гипотезы о том, что между мотивацией к суицидальному поведению, акцентуациями характера, депрессией и волевыми расстройствами существует связь, результаты группы подростков с суицидальным поведением были подвергнуты корреляционной обработке с помощью критерия Спирмена. По данным можно отметить, что существуют значимые взаимосвязи между мотивацией суицидальной активности, эмоциональным состоянием и волевыми расстройствами.

По параметру мотивации – тенденция к альтернативной смерти – выявлены следующие показатели: этот тип мотивации свойствен подросткам более старшего возраста ( $0,583$ ,  $p \leq 0,05$ ) с высоким чувством долга ( $0,579$ ,  $p \leq 0,05$ ) и усвоенными социальными нормами. Также подростки в принципе допускают возможность суицида ради других. При этом им свойственны нарушения преднамеренной регуляции ( $0,735$ ,  $p \leq 0,01$ ), т.е. они не всегда могут контролировать свои мысли или эмоциональное состояние, склонны фиксироваться на них.

Суицидные действия вследствие потери смысла жизни характерны для испытуемых с высокой чувствительностью к страданиям ( $0,667, p \leq 0,05$ ), не обладающих педантичными чертами характера ( $-0,583, p \leq 0,05$ ), имеющих дистимную акцентуацию ( $0,689, p \leq 0,05$ ) и волевое расстройство автономии и навыков ( $0,629, p \leq 0,05$ ). То есть эти подростки совершают суицидные действия вследствие ощущения невыносимости психологических страданий, идеи, что только смерть может избавить их от душевной боли. Характеристикой данной группы подростков будет потеря смысла жизни, ощущение, что все хорошее уже позади ( $0,667, p \leq 0,05$ ), стремление доказать свою правоту даже таким способом ( $0,797, p \leq 0,05$ ), привлечь к себе внимание. Сдерживающей суицидальную деятельность является неуверенность в конечном результате суицида, страх не довести дело до конца ( $0,629, p \leq 0,05$ ).

Такие подростки не обладают чертами гипертимного ( $-0,676, p \leq 0,05$ ) и педантичного типа акцентуации. При этом для таких подростков характерно нарушение волевого поведения – преодоление препятствий ( $0,628, p \leq 0,05$ ). То есть такие подростки испытывают сложности в действиях, которые требуют целенаправленных усилий для достижения.

Подросткам с манипулятивной мотивацией суицидных действий свойственно ощущение, что только суицид может избавить их от душевной боли ( $0,797, p \leq 0,01$ ). При этом частой характеристикой для таких подростков является желание наказать других ( $0,722, p \leq 0,01$ ), пробудить у окружающих муки совести. Этим подросткам не свойственны гипертимные ( $-0,733, p \leq 0,01$ ) и педантичные ( $-0,584, p \leq 0,05$ ) черты. Однако данной группе подростков свойственна низкая суицидальная интенция ( $-0,541, p \leq 0,05$ ), поэтому при планировании суицидальных действий они испытывают стремление сохранить жизнь, используя суицид лишь как способ управления другими.

Суицидные действия вследствие идеи о недопустимости своего существования, свойственны подросткам с отсутствием этической компоненты противосуицидального поведения ( $-0,657, p \leq 0,05$ ) и ярко выраженным отсутствием любви к себе ( $-0,579, p \leq 0,05$ ). Для таких подростков свойственно волевое нарушение формирования автоматизмов и навыков. То есть это подростки с низкой самооценкой, высоким принятием себя, нарушенным правом на существования.

Суицидальная мотивация наказания свойственна подросткам со склонностью манипулировать своим поведением ( $0,722, p \leq 0,01$ ).

Мотив ожиданий чего-то лучшего после смерти и мысль о смерти, как о новой жизни, не характерны для подростков. Если же такая мотивация возникает, то суицидальные действия сдерживаются страхом смерти. Минимально выражена суицидальная направленность у подростков с низкой степенью депрессии ( $-0,610, p \leq 0,05$ ), выраженным страхом смерти ( $0,827, p \leq 0,01$ ) и расстройством произвольной регуляции ( $0,604, p \leq 0,05$ ), что в принципе свойственно данному возрасту. Однако при повышении депрессии появляется тенденция к снижению противосуицидальных мотивов: религиозность ( $-0,610, p \leq 0,05$ ), эстетичность ( $-0,636, p \leq 0,05$ ). Кроме того, наблюдается тенденция, не дока-

занная статистически, но заметная по результатам исследования, к снижению таких витальных мотивов, как чувство долга и моральность. Сопутствующим фактором увеличения риска суицидального поведения у данной группы подростков будет: повышение результатов по параметру суицидальная мотивация – потеря смысла жизни ( $0,576, p \leq 0,01$ ).

Рассматривая специфические склонности к суицидальному поведению акцентуированных подростков, необходимо отметить, что меньше всего подвержены суициду: педантичный тип акцентуации, т.к. ему не свойственны такие суицидальные мотивы, как потеря смысла жизни ( $-0,583, p \leq 0,05$ ), невыносимость страданий ( $-0,707, p \leq 0,05$ ), мотивационный ( $-0,584, p \leq 0,05$ ). Суицидальные действия подростки могут осуществлять только в результате ощущения чрезмерной сложности деятельности при волевом нарушении.

Больше всего свойственно суицидальное поведение дистимному типу акцентуаций, для которых характерной чертой суицидальной мотивации является потеря смысла жизни. Кроме того, эти подростки находятся в более молодом возрасте.

Факторный анализ позволил сгруппировать полученные данные в пять основных факторов с различным компонентным содержанием и факторным весом.

Первый фактор включил в себя следующие компоненты с соответствующим факторным весом: группа девочек, которым свойственна тенденция ощущать страдание как непереносимое ( $0,806$ ), потеря смысла жизни ( $0,715$ ), однако отсутствие уверенности, что суицид завершится ( $0,713$ ), удерживает их от суицидальных мыслей и действий. Кроме того, для подростков этой группы характерна манипуляция суицидом ( $0,594$ ), дистимный тип акцентуации ( $0,799$ ). Не характерны черты гипертимного ( $-0,583$ ) и педантичного ( $-0,713$ ) типа. Значимый факторный вес имеют расстройства волевых действий ( $0,561$ ) преодоление препятствий ( $0,681$ ), формирование автоматизма и навыков ( $0,683$ ), прогноза ( $0,634$ ) и мотивация влечений ( $0,735$ ), т.е. это тип девушек, который характеризуется наличием волевых расстройств (невозможность преодолевать препятствия, прогнозировать и целенаправленно действовать) в состоянии с невыносимостью страданий и высокой чувствительностью к воздействию.

Второй фактор включил в себя подростков более младшего возраста, для которых характерен: мотив самонаказания ( $0,856$ ). Очень плохо работают сдерживающие противосуицидальные мотивации (эстетическая –  $0,688$ ; любовь к себе –  $0,889$ ; отсутствие уверенности, что суицид удастся –  $0,586$ ), что при наличии волевых нарушений формирования автоматизмов и навыков делает их уязвимыми к суицидальному риску. Кроме того, для данной группы характерна повышенная депрессивность ( $0,505$ ).

Подростки старшего подросткового возраста менее склонны к суициду за счет включения просоциальных витальных мотивов типа эстетического, любовь к себе и страха, что начатое дело не удастся довести до конца. Однако наличие возбужденной акцентуации ( $0,550$ ) и волевого расстройства преодоления препятствий ( $0,613$ ) повышает риск суицидальной активности.

Третий фактор включил в себя подростков старшего возраста с высокими моральными нормами ( $0,612$ ) и

готовностью жертвовать ради других (0,613). Сдерживающим мотивом у этих подростков является надежда, что все со временем изменится и разрешится само (0,655). Наличие экзальтированной акцентуации (0,718) увеличивает риск суицидальных действий.

Четвертый фактор включил в себя подростков с нарушением волевой регуляцией поведения (0,572) и высокой суицидальной интенцией (0,742). Они не склонны к манипуляции суицидом для достижения цели (–0,596), поэтому их действия чаще имеют четко выраженный антивитагильный характер. Сдерживающим мотивом для таких подростков является религиозное убеждение.

Пятый фактор включил в себя подростков с демонстративной (0,656) и неустойчивой (0,565) акцентуацией характера с отношением к суициду как варианту новой жизни, перерождению (0,580). Смысл жизни такими подростками еще не найден, что делает их уязви-

мыми для суицида. Характерной их чертой является низкая религиозность (–0,583). Сдерживающим фактором выступает надежда на разрешение ситуации со временем.

Таким образом, сравнительный анализ показал неоднородность групп по исследуемым параметрам, выявились различия по акцентуации характера (гипертимная, дистимная), суицидальной мотивации (анестетическая мотивация), противосуицидальной мотивации (моральная мотивация, нарциссическая мотивация, когнитивная надежда, временная инфляция), шкалой депрессии.

Корреляционный анализ позволил выявить взаимосвязи в первой группе (совершивших суицидальную попытку) между акцентуациями характера, суицидальной мотивацией, противосуицидальной мотивацией, шкалой депрессии, суицидальной интенцией и волевыми расстройствами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Зайченко А.А.* Самоповреждающее поведение // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы Третьей Всерос. науч.-практ. конф. Казань: Новое знание, 2007. С. 381–386.
2. *Короленко Ц.П., Донских Т.А.* Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990.
3. *Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Ратинова Н.А.* Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций // Шестой Всерос. съезд психиатров: Тез. докл. М., 1990. Т. 1. С. 105–106.
4. *Сидоров П.И., Парняков А.В.* Введение в клиническую психологию: В 2 т. М.: Академический проект, 2000. Т. 1. 416 с.; Т. 2. 386 с.
5. *Тихоненко В.А.* Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 59–73.
6. *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. 42 с.
7. *Леонгард К.* Акцентуированные личности. Киев, 1989.
8. *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков // Психология индивидуальных различий. Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: Изд-во МГУ, 1982. С. 288–318.
9. *Личко А.Е.* Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М.: Эксмо-Пресс, 1999.
10. *Пережогин Л.О.* Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учётом ст. 22 УК РФ: Дис. ... канд. мед. наук // Русский медицинский сервер. М., 2001. Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/uk22st.htm>
11. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общей медицине. М.: МИА, 2001.

Статья представлена научной редакцией «Психология и педагогика» 4 октября 2009 г.