

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Кубанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Мыльникова Юлия Андреевна

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ
АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ ДОПРИЗЫВНОГО И
ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

14.01.06 – «Психиатрия»

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Е.О.Бойко

Краснодар, 2015

СОДЕРЖАНИЕ	
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	10
1.1 Феномен аутоагрессии, понятие, особенности, основные концепции.....	10
1.2 Аутоагрессивное поведение: типологические формы, мотивы.....	18
1.3 Биопсихосоциальная сущность аутоагрессивного поведения.	25
1.4 Особенности аутоагрессивного поведения у лиц молодого возраста.....	35
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	43
2.1 Общая характеристика клинического материала	43
2.2 Методы исследования.....	44
ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ В АНАМНЕЗЕ....	51
3.1. Клиническая структура психопатологических расстройств с учетом диагностических критериев МКБ-10.....	51
3.2. Индивидуально-личностные характеристики лиц призывного и допризывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе.....	72
3.3 Характеристика аутоагрессивного поведения (ситуационные факторы, мотивы, типы аутоагрессивного поведения, способы причинения себе вреда).....	76
3.4 Комплексная оценка биологических и социально-психологических предикторов, влияющих на формирование аутоагрессивного поведения.....	79

ГЛАВА 4. ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕЦИФИКИ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРЕДИКТОРОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ФОРМИРОВАНИИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	88
ГЛАВА 5. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ РИСКОВ АУТОАГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ.....	100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	108
ВЫВОДЫ.....	114
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	116
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	140

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В течение последнего десятилетия в РФ уровень самоубийств в стране остается на высоком уровне (20,8 случаев на 100 тыс. населения в 2012г), что превышает критическое значение ВОЗ (Войцех В.Ф., 2008; Иванова А.Е. и соавт., 2011; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012).

По показателям смертности в России от детских и подростковых суицидов на 2012 год Россия занимает одну из лидирующих позиций. Суициды у подростков в РФ составили 24,1 на 100 тыс. населения у мальчиков и 8,1 на 100 тыс. – у девочек. В течение последнего десятилетия эти показатели остаются достаточно стабильными (Положий Б.С., Гладышев М.В., 2006; Ильяшенко О.А., 2007; Войцех В.Ф., 2008; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008; Иванова А.Е. и соавт., 2011, Положий Б.С., 2012).

Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов у детей и подростков, отмечается и увеличение количества суицидальных попыток. Соотношение суицидов, суицидальных попыток и суицидальных тенденций составляет в среднем 1:10:100 (Войцех В.Ф., 2008; Иванова А.Е. и соавт., 2011; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012; Blasco-Fontecilla H., 2010).

Высокие показатели распространенности аутоагрессивного поведения в детско-подростковой популяции указывают на актуальность этой проблемы и в наше время, несмотря на то, что многие исследователи занимались изучением этого феномена на протяжении не одного десятка лет (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980; Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989; Кутько И. И. и др., 1989; Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И., 1991; Лапицкий М. А., Ваулин С. В., 2000; Пилягина Г. Я., 2002; Aldridge D., 1999; Wasserman D., 2002). Со временем

изменяются формы аутоагрессивного поведения, социально-психологические предикторы, а также клинико-психопатологические особенности суицидентов, механизмы формирования аутоагрессивного поведения остаются недостаточно полно разработанными (Юрьева Л.Н., 2006; Бруг А.В., 2007; Руженков В.А., Боева А.В., Лобов Г.А. 2007; Войцех В.Ф., 2008; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008; Богданов С.В., 2009, Закондырина В.А., 2009, Вострокнутов Н.В., 2009; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Цыганков Б.Д., 2012).

Не менее важной проблемой диагностики аутоагрессивного поведения является отсутствие однозначных критериев оценки вероятности его формирования, и, следовательно, помимо изучения клинико-психопатологических, личностных, социальных факторов подростковой аутоагрессии большое значение имеет комплексный анализ взаимовлияния этих факторов, с определением конкретного вклада каждого из них.

Недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость изучения аутоагрессивной активности у призывного контингента лиц, определения клинико-психопатологических и социально-психологических предикторов аутоагрессивного поведения, а также их комплексного влияния на возникновение аутоагрессивного поведения, определяет актуальность диссертационного исследования.

Цель исследования: выявление и комплексная оценка клинических и социально-психологических предикторов аутоагрессивного поведения лиц допризывного и призывного возраста для разработки мероприятий направленных на снижение риска возникновения аутоагрессивного поведения.

Задачи исследования

1. Изучить клиническую структуру психопатологических расстройств с учетом диагностических критериев МКБ-10;
2. Выявить индивидуально-личностные характеристики у лиц призывного и допризывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе;

3. Определить основные мотивы, типы аутоагрессивного поведения, а так же преимущественные способы причинения себе вреда;
4. Провести комплексную оценку биологических и социально-психологических предикторов, влияющих на формирование аутоагрессивного поведения;
5. На основе полученных результатов разработать комплекс мероприятий, направленных на снижение рисков аутоагрессивных форм поведения.

Научная новизна исследования

Впервые на клинически репрезентативном материале выявлены клиничко-психопатологические, социально-психологические и индивидуально-личностные предикторы аутоагрессивного поведения, проведена их комплексная оценка. Выявлен спектр психических расстройств в соответствии с современной классификацией (МКБ-10). Определены основные мотивы, типы аутоагрессивного поведения, а так же преимущественные способы причинения себе вреда. Впервые на основе полученных данных разработан комплекс мероприятий, направленных на снижение рисков аутоагрессивных форм поведения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость работы заключается в накоплении, обобщении и систематизации знаний по исследуемой проблеме, обусловлена его направленностью на научно-методическое обеспечение практической психиатрии. Состоит в возможности использования полученных данных в практике военно-врачебных экспертных комиссий, психиатрами стационарной и амбулаторной служб, и улучшения клинической и экспертной оценки риска развития аутоагрессивного поведения у лиц допризывного и призывного возраста. Результаты исследования позволят проводить более дифференцированную (с учетом личностных особенностей, социальных факторов) профилактику, направленную на снижение рисков аутоагрессивных форм поведения.

Положения, выносимые на защиту

1. Для своевременной диагностики и улучшения клинической и экспертной оценки риска развития аутоагрессивного поведения у лиц допризывного и призывного возраста, необходимо выделить факторы, оказывающие влияние на возникновение аутоагрессивного поведения.
2. Клиническая структура психопатологических расстройств у лиц призывного и допризывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе представлена преимущественно личностными расстройствами, органическими расстройствами и умственной отсталостью легкой степени.
3. Индивидуально-психологические характеристики подростков с аутоагрессивным поведением представлены демонстративным, возбудимым, гипертимным типами акцентуациями характера с ярко выраженными чертами экстраверсии - интроверсии, высокими показателями нейротизма.
4. Преимущественными типами аутоагрессивного поведения являются инфантильные формы, включающие в себя конфликты в сфере гендерных отношений, самоутверждения под влиянием сверстников, а так же желание повлиять на близких родственников. Реализация аутоагрессивной настроенности совершается путем нанесения самопорезов на область предплечий.
5. Предикторы аутоагрессивного поведения оказывают комплексное совокупное действие.
6. Терапевтические и реабилитационные программы должны строиться комплексно, сочетая психофармакологическое психотерапевтическое воздействие, а также психокоррекционных мероприятий.

Внедрение результатов

Результаты работы внедрены в диагностическую, лечебную и профилактическую деятельность ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» Министерства здравоохранения Краснодарского Края, с мая 2011г., ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7» Министерства здравоохранения Краснодарского Края, с июня 2011 г.

Личный вклад автора

В работе представлены результаты исследований, выполненных самим автором. Личный вклад состоит в постановке задач исследования, разработке методов их решения, обработке, анализе, обобщении полученных результатов и формулировке выводов.

Публикации результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, из них в изданиях, рекомендованных ВАК, 3 статьи.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на научно-практических конференциях: «Актуальные проблемы реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами» (Краснодар, 2012); «Резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей и подростков: проблемы диагностики, клиники, реабилитации» (Краснодар, 2013); «Состояние и перспективы развития психиатрической помощи в Краснодарском крае» (Краснодар, 2014); Краевой научно-практической конференции (Краснодар, 2014). Результаты диссертационной работы доложены на совместном заседании кафедры психиатрии, кафедры психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России 06 мая 2015г. (протокол №11).

Апробация диссертации состоялась 10 июня 2015г. на заседании кафедры психиатрии и наркологии лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Протокол №28 от 10 июня 2015г.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 157 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 2

глав, отражающих результаты собственных наблюдений, заключения, выводов, списка литературы, включающего 168 отечественных и 76 иностранных источников, приложения. Диссертация иллюстрирована 10 таблицами, 4 рисунками и 4 клиническими примерами.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1.1 Феномен аутоагрессии, понятие, особенности, основные концепции

Сложность изучаемого феномена, обусловлена, прежде всего, междисциплинарным характером. Проблема изучения аутоагрессивного поведения стоит в ряду актуальных проблем психологии, медицины и юриспруденции. Существует ряд терминов, отражающих процесс причинения себе вреда: «аутодеструктивное поведение», «аутоагрессивное поведение», «суицидальное поведение», «парасуицид», «суицидальные и несуйцидальные эквиваленты», «прямое и непрямое саморазрушение», «саморазрушительное поведение», «членовредительство», «авитальная активность» и многие другие, которые используются как синонимы, но зачастую несут различную смысловую нагрузку.

По мнению Руженкова А.А., Лобова Г.А., Боевой А.В, под аутоагрессией следует понимать намеренную (осознаваемую или неосознаваемую) активность, направленную на причинение себе вреда. Аутоагрессия может проявляться как в физической – прямое причинение себе вреда различной степени тяжести, а так же неосознаваемое саморазрушительное поведение (злоупотребление алкоголем, наркомании, рискованном поведении, выборе опасных профессий), так и в психической сферах, которое проявляется в идеях самообвинения, самоунижения [127].

Ряд авторов под аутоагрессивным поведением понимают бессознательные механизмы формирования психосоматических расстройств [126], и одним из таких проявлений, является нарушения пищевого поведения (булимия, анорексия) [18; 168]. Похожей точки зрения придерживаются А.П. Ховрачев, Л.Н. Юрченко, полагая что «рассмотрение алкогольной зависимости как аутоагрессивного поведения уже давно стало аксиоматичным» [152]. Ряд ученых, помимо

злоупотребления алкоголем, к аутоагрессивному поведению относит езду на автомобиле с нарушением правил дорожного движения и провокацию окружающих на драки [151; 173; 180], а Перехов А.Я. добавляет к вышесказанному управление автомобилем в нетрезвом состоянии, случайное употребление большого количества таблеток и выделяет термин «непрямое самоубийство» [99]. Сперанская О.И. и Ефремова О.И причисляют к аутоагрессивному поведению и курение табака. Другими словами, авторы рассматривают аутоагрессию, как отсроченное по времени причинение вреда своему здоровью [136]. Зайченко А.А. относит к аутоагрессивному поведению нанесение татуировок, пирсинга, онихофагию, трихотилломанию, кусание рук и других частей тела, расчесывание ран, язв, родимых пятен, самопорезы, самоожоги, неполное самоудушение [49]. С позиции физического вреда, причиняемого собственному телу, аутоагрессивное поведение рассматривает М.Симпсон (M.Simpson), включая сюда акты удаления, разрушения, обезображивания или повреждения собственного тела независимо от преследуемой цели [234]. Этому же мнения придерживается G.Murphy: «Любое поведение, инициированное индивидуумом, непосредственным результатом которого является физический вред этому индивидууму. Под физическим вредом понимается избиение, нанесение ран, кровоупускание, переломы костей и другие повреждения тканей» [210].

Н.А. Качнова и А.В. Зосименко изучая осужденных, рассматривают два варианта аутоагрессивного поведения: один – имеющий целью лишение себя жизни, и второй – аутоагрессивные действия без цели самоубийства, нередко приносящие серьезный вред здоровью и создававшие прямую угрозу жизни [58].

Многие авторы ставят знак равенства между суицидальным и аутоагрессивным поведением [20; 38; 54; 68; 98; 138].

Суицидолог А.Г. Амбрумова с соавторами, аутоагрессивным поведением называют действия, направленные на нанесение какого-либо вреда своему соматическому или психическому здоровью, то есть вариант агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают. Авторы

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 саморазрушению или к смерти; несуйцидальное аутоагрессивное поведение: различные формы умышленных самоповреждений, заведомо неопасные для жизни, целью которых не является добровольная смерть. Они делают акцент на том, что суицидальные действия имеют исключительно преднамеренный характер и относят к ним внутренние (суицидальные мысли, представления, переживания, замыслы и намерения) и внешние проявления (суицидальные попытки, завершенные суициды) [4]. Термином «парасуйцидальное поведение» обозначается самоповреждающее несуйцидальное поведение, направленное на достижение определенных целей, выгоды. И третьим видом выделяется самоповреждающее поведение или членовредительство, целью которого являются зачастую неосознаваемые мотивы (снижения чувства тревоги, эмоционального напряжения).

Существует точка зрения, где суицидальное поведение рассматривается как частный вариант аутоагрессии и разделяют эти понятия в этиопатогенетических и приспособительных механизмах [101].

В рамках социологической модели выделяются непосредственное (самоубийство совершается непосредственно суицидентом, без помощи других людей или событий) и опосредованное (суицид совершается при участии других людей или провокации событий, приводящих к смерти) самоубийства. Непосредственное самоубийство включает четыре разновидности: преднамеренное и аффективное самоубийства, фарс, несчастный случай. К опосредованным самоубийствам относятся: самопожертвование, эвтаназия, экстремальное поведение, смертельное бездействие [35].

Более широкий термин – авитальная активность – был предложен Ю.Р. Вагиным.. Автор выделяет четыре группы феноменов, включающихся в это

понятие: пресуицидальную активность, суицидальную активность, парасуицидальную активность и десоциальную активность [19].

Исследователи по-разному понимают и причины возникновения саморазрушительного поведения. Ряд ученых рассматривает формирование аутоагрессивной активности как эволюционно обусловленную форму адаптации в рамках эволюционно-биологической и адаптационной концепций, и утверждают, аутоагрессивное поведение это биологически обусловленная защитно-приспособительная реакция человека, форма которой зависит от его индивидуальных адаптационных возможностей [102].

Зависимость суицидального поведения от социальных условий изучал Э. Дюркгейм. Он считал, что самоубийство, может быть объяснено как реакция человека на особенности социального окружения, в котором он живет [44]. В связи с этим он выделил следующие типы самоубийств: эгоистическое - намеренный разрыв человеком своих социальных связей; альтруистическое - возникает вследствие абсолютной интеграции индивида в социальную среду; аномическое - самоубийство, связанное с потерей ценностной системы в обществе, когда в обществе старые социальные нормы уже не работают, а новые - ещё не сформировались; фаталистическое - возникает вследствие чрезмерного контроля общества над индивидом, «чрезмерной общественной регламентации». Эту же концепцию подтверждает в своих исследованиях А.В.Петровский. Он определил процесс социально-психологической адаптации как вида взаимодействия личности с окружающей средой, в ходе которого согласовываются и ожидания его участников [100].

Многие исследователи склоняются к признанию ведущей роли микросоциальных факторов и личностных особенностей человека в возникновении аутодеструктивного поведения. То есть такое поведение - следствие того, что человек не умеет строить комфортные для себя отношения с окружающими, разрешает с помощью саморазрушительных действий внутриличностные конфликты [45; 46; 51; 130].

С другой стороны рассматривал проблему В.В. Козлов, который разработал кризисную концепцию социальной дезадаптации личности, согласно которой индивидуумы, склонные к аутоагрессивным реакциям на экстремальные (кризисные) жизненные ситуации, подвергаются личностной негативной дезинтеграции [61]. По мнению В.В. Козлова, аутоагрессивные личности ввиду снижения общей устойчивости к кризисным условиям в наибольшей степени подвержены таким видам хронического саморазрушения, как алкоголизм, наркомания, суицидальное поведение.

Отечественный суицидолог А. Г. Амбрумова рассматривала суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта [2]. Основу этой концепции формируют два фактора - социально-психологическая дезадаптация личности и конфликт между актуальной потребностью и тенденцией, препятствующей ее удовлетворению[1].

Трактовка дезадаптации у авторов различна. Приверженцы теории социальной адаптации рассматривают аутоагрессию как форму дезадаптивных поведенческих реакций на различные неблагоприятные жизненные ситуации, вызывающие дистресс и фрустрацию [39; 91; 200].

Одним из ученых, рассматривающих аутоагрессию в структуре модели дезадаптивного поведения, возникающей как результат фрустрации, является Н.П. Пищулин. Он говорил о том, что люди не способные адекватно адаптироваться в изменившейся социальной ситуации, применяют иррациональные способы реагирования: становятся агрессивными, упрямо держатся привычного (неадаптивного) образа действий, «опустить руки», т.е., реагировать аутоагрессивно [104].

Другой взгляд на проблему социальной дезадаптации высказывает Т.Г. Визель, который предлагает интегративный нейропсихологический и личностно-типологический подход к проблемам аутоагрессии. Она полагает, что не только социальная, но и психологическая и психофизиологическая дезадаптация

личности зависят от акцентуации характера в сочетании с особенностями деятельности мозговых механизмов [26].

Другие понимают под дезадаптацией нарушения, выявляемые при акцентуациях характер [80]. По мнению В. Ф. Войцеха акцентуации характера являются факторами риска повторных суицидов, причем в пресуицидальном периоде отмечается заострение акцентуированных черт [31].

Л.И. Анцыферова рассматривает аутоагрессию как дезадаптивные психологические защиты (копинг-стратегии), возникающие у личности в трудных или экстремальных жизненных условиях, из-за неспособности к адекватной переоценке изменившейся социальной ситуации [9].

В психоанализе аутоагрессия рассматривается как защитный механизм. В случаях, когда от какого-либо внешнего объекта (или от существования этого внешнего объекта) зависит благополучие человека или агрессия в отношении объекта оказывается неприемлемой по каким-либо мотивам, тогда агрессия перенаправляется на самого себя. Несмотря на то, что аутоагрессия создаёт серьёзные проблемы для того, кто применяет эту защиту, эмоционально они оказываются для него более приемлемыми [143].

Первоначально в психоанализе была принята концепция З. Фрейда. Он объяснял суицидальное поведение как результат обращения агрессии против собственной личности. По мнению З. Фрейда, существуют два вида влечений: одно из них - инстинкт жизни, Эрос, другое - это влечение к смерти, разрушению и агрессии, Танатос. Существуют постоянные колебания между силой этих двух противоположных инстинктов. Суицид и убийство представляют собой проявления импульсивного и разрушительного влияния Танатоса [79; 146].

Американский психиатр К. Menninger обобщил идеи ученых, уделявших внимание формам самоуничтожения. Он согласен с Фрейдом в том, что в жизни человека существует постоянная борьба между инстинктами самосохранения и саморазрушения. Он считал, что большую роль в формировании аутоагрессии играет стечение обстоятельств и такие факторы, как общественное мнение,

семейные ценности, национальные традиции и наличие искаженного восприятия действительности вследствие индивидуальных особенностей [84].

Похожей концепции придерживаются A.Favazza и R.Rosenthal, которые объясняют аутоагрессивное поведение как особый ответ «на беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира» [184].

В отличие от К. Меннингера Э. Фромм рассматривал самоубийство как врожденное влечение к смерти. Он говорил, что стремление к смерти является феноменом психологической патологии. Э. Фромм выделяет два вида агрессии: доброкачественная агрессия, биологически адаптивная, способствующая поддержанию жизни, включающая в себя псевдоагрессию (например, игровая агрессия) и злокачественная агрессия, не связанная с сохранением жизни. Она не требуется для физиологического выживания человека, и в то же самое время представляет собой важную составную часть его психики. По мнению Э. Фромма, она представляет собой результат взаимодействий различных социальных условий и потребностей человека. Подлинная деструктивность спонтанно или связано со структурой личности. Спонтанная форма подразумевает проявление деструктивных импульсов в чрезвычайных ситуациях, в отличие от деструктивных черт характера, которые присущи индивиду в скрытой или явной форме всегда [147; 220].

Сторонники когнитивно-поведенческого подхода в развитии аутоагрессивных тенденций подчеркивали роль негибкости мышления как следствие приобретения «когнитивных искажений», которые ведут к невозможности анализа и выработки решений сложившихся в силу обстоятельств. Ученые пришли к выводу, что причиной всех психологических проблем являются неадекватные мысли человека, которыми он обладает в настоящем, а вовсе не его негативный опыт в прошлом [196].

На основе анализа внешней обусловленности аутоагрессивного поведения Г. Я. Пилягина считает, что для возникновения аутоагрессии необходима система, включающая как минимум три компонента:

- фрустрированный человек с формирующимся внутренним конфликтом, подавляющий свою агрессию, и одновременно отрицающий свои социализированные интроекты;
- психотравмирующая ситуация, в которой реализуются защитные паттерны поведения, обусловленные внутриличностным конфликтом;
- обратная отрицательная связь - несбывшиеся ожидания увеличивающие напряжение ситуации, агрессивность субъекта, потребность разрешения внутриличностного конфликта.

В связи с действием всех трех компонентов, Г.Я. Пилягина представляет иерархическую структуру генеза аутоагрессии. Данная теоретическая модель делает акцент на внешней обусловленности аутоагрессии [103].

В XX веке все большее внимание при изучении самоубийств стало уделяться личностным особенностям человека и их роли в суицидальном поведении. Основной и на сегодняшний день наиболее разработанной современной концепцией суицидального поведения является концепция американского суицидолога Э.Шнейдмана. Автором были выделены три типа суицидов: эготические, диадические, агенеративные. С точки зрения Э.Шнейдмана основной механизм суицидального поведения - это психологическая боль, возникающая в результате фрустрации ведущих потребностей. Невозможность пережить эту фрустрацию, переработать этот травматический опыт приводит к самоубийству [163].

Подобной точки зрения придерживается А. А. Реан, делая акцент на внутренней структуре аутоагрессии. Он предложил ввести понятие «аутоагрессивный паттерн личности». Аутоагрессия, по его мнению, представляет собой сложный личностный комплекс, функционирующий и проявляющийся на различных уровнях. В структуре аутоагрессивного паттерна личности он выделяет 4 субблока: характерологический, самооценочный, интерактивный, социально-перцептивный субблок [124].

Бихевиористская теория и ее приверженцы утверждают, что аутоагрессивные действия возникают в результате подражания способам

поведенческого защитного реагирования, приобретённый человеком в процессе воспитания.

В зарубежной литературе рассматривается концепции стресс-диатеза, где основное значение играет фактор повышенной чувствительности к стрессу [23; 228].

Распространена «Когортная теория», которая связывает бурный рост суицидов в подростковом и юношеском возрасте с относительной численностью соответствующих когорт рождения. Чем выше доля когорты в общей структуре населения страны, считают авторы, тем большие трудности приходится испытывать ее представителям в конкурентной борьбе за доступ к дефицитным социальным ресурсам в сфере занятости, образования, здравоохранения и т.д. Невозможность удовлетворения насущных потребностей приводит молодых людей к депривации и аутодеструктивным действиям [182].

Подводя итог, можно сказать, каждый случай аутоагрессивного акта – это результат взаимодействия социальных, личностных, психопатологических факторов. Суицидогенность заключается не только в самой ситуации, а определяется психологическими (личностными) особенностями человека, его жизненным опытом, стойкостью межличностных связей.

1.2 Аутоагрессивное поведение: типологические формы, мотивы

Аутоагрессия является одной из форм поведения человека в экстремальной ситуации и её характер и «степень тяжести» представляет собой результат сложения личностных психологических установок, индивидуальных биологических реакций организма, возникающий под влиянием определённых социальных условий. Этот вывод не распространяется на случаи аутоагрессии при психотических состояниях[102].

Рассматривая основные теоретические подходы к систематизации аутодеструктивного поведения, необходимо отметить классификацию Ц.П. Короленко и Т.А. Донских. Анализируя отклонения в поведении, авторы выделяют две группы: нестандартное и деструктивное поведение. Нестандартное поведение 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 саму личность. В группе внутридеструктивного поведения авторы выделяют: суицидальное, конформистское, нарциссическое, фанатическое и аутическое поведение. Аутодеструктивное поведение обозначено как поведение, отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности [66].

Аутоагрессивные действия психически больных, возникающие под воздействием психопатологических переживаний (бред, галлюцинации), находящихся в состоянии психоза, некоторые авторы предлагают рассматривать как несчастный случай [6].

Широко применяется разграничение демонстративно-шантажного, парасуицидального и истинного суицидального поведения. Демонстративно-шантажное суицидальное поведение предполагает своей целью не лишение себя жизни, а демонстрацию этого намерения для привлечения внимания окружающих. Самоповреждающее (парасуицидальное) поведение характеризуется нанесением самоповреждений, которые обычно совершаются с целью уменьшения переживаемого эмоционального напряжения. Истинное суицидальное поведение характеризуется последовательной реализацией обдуманного плана лишения себя жизни [52].

Типологические формы и патогенетические особенности их формирования выделяет Г.Я. Пилягина. Патобиологической основой суицидального поведения она называет «включение» программы индивидуального самоуничтожения. При

парасуицидальном поведении программа на индивидуализированное самоуничтожение «не включается». В основе механизма лежит сниженная стрессоустойчивость организма. К псевдосуицидальному поведению относятся демонстративно-шантажные формы аутоагрессивного поведения и характеризуется отсутствием программы на самоуничтожение, а мотивация направлена исключительно на изменение актуальной ситуации. Исключительно при психотических расстройствах под воздействием болезненных психопатологических переживаний выявляется асуицидальная форма аутоагрессивного поведения [101].

Проблеме мотивации суицидального поведения посвящено большое количество отечественных и зарубежных исследований. На основе анализа чувств, стоящих за суицидальными действиями, авторы выделяют четыре основные причины самоубийства: изоляция (чувство, что никто не понимает, никто не интересуется), беспомощность (ощущение невозможности контролировать жизнь), безнадежность (уверенность, будущее не предвещает ничего хорошего); чувство собственной незначимости (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности) [82].

Психоаналитический взгляд позволяет понять бессознательные мотивы аутоагрессивного поведения. Внешние мотивы поведения часто не соответствуют его истинным причинам. Психоаналитические исследования позволяют разграничить сознательные и бессознательные детерминанты суицидальности. Первоначально в психоанализе была принята гипотеза К. Абрахама и З.Фрейда, объясняющая суицидальное поведение как результат обращения агрессии против собственной личности вследствие утраты объекта. В работе "Печаль и меланхолия" З. Фрейд описывает динамику самоубийства через агрессию к той части Я, которая интроецировала травмирующий объект [146].

А. Г. Амбрумова отмечает, что для правильного понимания суицидального поведения необходимо ответить на два вопроса: почему человек совершил суицид и зачем он это сделал. Ответ на первый вопрос предполагает анализ условий суще-

ствования суицидента: жизненной ситуации, в которой он находился, его состояния и переживаний, приведших к совершению суицидального акта. Ответ на второй вопрос предполагает изучение мотивов суицидального поведения, целей, которых человек хотел достичь, когда совершал суицидальный акт [4].

Исследуя мотивы аутоагрессивных действий, некоторые авторы выделяют две основные группы - мотивы конфликта (межличностные, семейные, производственные) и мотивы неблагополучия [73].

Другие авторы рассматривают в качестве мотивов внутренние и внешние конфликты личности. Конфликт, переживаемый личностью, образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую - тенденция, препятствующая ее удовлетворению. Конфликт называется внутренним, если обе его стороны располагаются внутри личности. В отличие от этого при внешнем конфликте одна из составляющих его тенденций располагается вне личности и представляет собой элемент внешней ситуации, препятствующий удовлетворению потребности. В ряде случаев конфликт имеет смешанный характер [7; 19].

В отечественной суицидологии наибольшее распространение получила классификация В. А. Тихоненко, согласно которой выделяют пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание» и «отказ» [139].

Реакции по типу «призыв» («крик о помощи»). К данной группе относят случаи, когда аутоагрессивная попытка с целью привлечения внимания окружающих, получить от них помощь и поддержку, а так же с целью повлиять на субъективно значимых лиц из социального окружения. Аутоагрессивный акт зачастую совершается в присутствии окружающих или человек стремится сделать так, чтобы близкие узнали о его поступке. Возможный летальный исход своих действий не учитывается, они чаще сосредоточены на мыслях о том, как окружающие прореагируют на их поступок. Мотивы данного типа характерны

для лиц молодого возраста с тревожно-мнительными, истероидными или инфантильными чертами.

Реакции по типу «протест». К этой группе относят случаи, когда человек, совершает самоповреждающее действие с целью выразить свой протест против происходящего. Самоповреждающие действия обычно не планируются, носят характер «коротких замыканий», зачастую совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Реакции данного типа характерны для лиц молодого возраста, с возбудимыми и эмоционально неустойчивыми чертами.

Реакции по типу «избегания». Акт самоповреждения осуществляется под влиянием переживаний безысходности, беспомощности, тщетности всех усилий по исправлению создавшегося положения, с целью уменьшения негативных эмоциональных переживаний или отвлечения от них. Реакции данного типа характерны для старших возрастных групп — мужчин и женщин старше 30 лет. Алкоголь, если и принимается, то после принятия решения о самоубийстве.

Реакции по типу «самонаказания». Данная группа включает случаи, когда человек совершает суицид под влиянием интенсивных переживаний стыда, вины, чувства ненависти к себе. Реакция этого типа характерна для людей среднего возраста, преимущественно женщин.

Реакции по типу «отказа». Обычно эти случаи связаны с потерей смысла существования. Суицидальные действия обычно носят спланированный характер и совершаются в одиночестве.

Классификация мотивов аутоагрессивного поведения, предложенная С. В. Бородиным и А. С. Михлиным, представлена преимущественно микросоциальными факторами и включает в себя: личностно-семейные конфликты, состояние здоровья, конфликты, связанные с асоциальным поведением, конфликты в профессиональной сфере, материально-бытовые трудности [17].

В процессе исследования лиц с суицидальными тенденциями Ю.Р. Вагиным были выделены семь основных мотивационных комплексов. Он показал, что

суицидальное поведение является результатом взаимодействия группы комплексов с различной степенью выраженности каждого из них. К суицидальным комплексам он отнес альтруистические, анемические, анестетические, инструментальные, аутопунитические, гетеропунитическая и поствитальные мотивы, делая вывод, что аутоагрессия является результирующей формой поведения, отражающей патологическое функционирование психики в стрессовой ситуации [19].

Необходимо отметить, что у большей части суицидентов на ранних этапах суицидального поведения суициденты переживают борьбу суицидальных и антисуицидальных мотивов и чем сильнее выражены последние, тем меньше вероятность совершения суицидального акта [46].

Классификация аутоагрессивного поведения, не имеющего целью лишения себя жизни, была разработана В.А.Руженковым, Г.А.Лобовым, А.В.Боевой. Они выделили прямую аутодеструкцию – нанесение самоповреждений без цели лишения себя жизни. На основе категории цели были выделены семь типов прямого аутодеструктивного поведения: релаксационный тип аутодеструктивного поведения – целью его является снятие психоэмоционального напряжения и улучшение настроения, манипулятивный тип – целью является демонстрация самоповреждений с целью манипуляции ближайшим окружением, инфантильно-демонстративный тип, мотивом которого является «доказательство своей любви», «доказательство силы воли» (на спор), аутодеструктивное поведение по типу призыв, основной целью которого является при помощи нанесения самоповреждений обратить на себя внимание близких людей, инфантильно-подражательное аутодеструктивное поведение заключается в нанесении себе самоповреждений по правилам игры – самопорез наносит «проигравший», инфантильно-мазохистическое аутодеструктивное поведение, основной целью которого является получение удовольствия от нанесения себе самоповреждений и симулятивный тип аутодеструктивного поведения, когда самоповреждения наносятся с целью уклонения от военной службы, чаще в состоянии алкогольного опьянения. А также косвенную аутодеструкцию – причинение отсроченного вреда

собственному здоровью без цели лишения себя жизни, которая в свою очередь может быть разделена на активную (осознаваемую) и пассивную (неосознаваемую). Активная аутодеструкция – курение, алкоголизация, употребление наркотиков [128].

В описании пассивной деструкции авторы соглашаются с Е.В. Змановской, которая рассматривала следующие ее варианты: аутоагрессивное поведение (суицидальное и парасуицидальное поведение); пищевая зависимость (булимия и анорексия); аддитивное поведение (злоупотребление психоактивными веществами – алкоголизм, наркомания, токсикомания, игровая и эмоциональная зависимости); фанатическое поведение (вовлеченность в деструктивно-религиозный культ, сверхсильная увлеченность каким-либо видом спорта или музыкальным направлением); аутическое поведение; виктимное поведение (стереотипное поведение жертвы); деятельность с выраженным риском для жизни (экстремальные виды спорта, существенное превышение скорости при езде на автомобиле и др.) [51].

Подобную точку зрения разделяют ряд авторов, описывая молодежные субкультуры, которые способны провоцировать и поддерживать аутоагрессивное и экстремальное поведение, употребление алкоголя и наркотиков, компьютерную зависимость. Это зависит не только от типа субкультуры, но и от потребностей и ценностей подростка, наличия у него внутриличностных конфликтов и эмоционального неблагополучия [16; 25; 140].

Существует классификация прямой аутодеструкции, основанная на различении актов членовредительства: членовредительство при различных психических расстройствах, членовредительство культурально-религиозного характера (татуирование, пирсинг), бытовые формы членовредительства [183].

Выделяется три группы девиантных форм аутоагрессивного поведения [111]. Одни из них отличаются внезапностью, под влиянием психотических переживаний. Это чаще единичные акты радикального и глубокого повреждения тела (энуклеация глаза, кастрация, ампутация частей тела). Другие встречаются при различных формах нарушений психического развития и сочетаются с

неврологическими нарушениями – стереотипные самоповреждения, которые повторяются строго по схеме и лишены смыслового содержания (стереотипные удары головой, надавливание на глазное яблоко и т.п.). Третья группа – поверхностные (или символические) самоповреждения – подразделяются на компульсивные, эпизодические и повторяющиеся акты самоповреждения. К данному типу относятся неглубокие повреждения тканей тела, не представляющие риска для жизни: порезы на коже, препятствие заживлению ран, преднамеренные переломы костей, втыкание игл, выдергивание волос, обкусывание ногтей, расчесывание кожи и др.

В клинической практике под самоповреждающим поведением подразумевается устойчивая модель поведения, объединяющая действия, связанные с травматизацией (повреждением) тканей или органов собственного тела. Подобные действия совершаются намеренно и возникают в качестве привычных действий в ситуациях, переживаемых личностью как кризисные, или же оказываются следствием психопатологических или невротических расстройств и носят характер обсессивных, импульсивных или стереотипных действий. Для описания феноменов самоповреждения в клинике соматических болезней используют такие понятия, как «невротические экскориации», «патомимия», «синдром Мюнхгаузена», «артифициальный дерматоз», онихофагии, онихотилломании, трихотилломании [111]. Лурье (R.Lourie) указывал две функции стереотипных двигательных актов у детей: сначала это получение нового двигательного опыта, а затем это может заменяться снятием напряжения за счет выражения эмоций. Если у нормально развивающихся детей стереотипные двигательные акты, как правило, по мере взросления нивелируются и не достигают уровня самоповреждения, то в случае нарушений умственного развития стереотипные движения приобретают характер самоповреждения.

1.3 Биопсихосоциальная сущность аутоагрессивного поведения

Много исследований посвящено проблеме выявления факторов, способствующих возникновению аутоагрессивного поведения. Большинство исследователей рассматривают суицидальное поведение как сложный биопсихосоциальный феномен, результат воздействия на индивида различных факторов.

Биологические причины аутоагрессии

Многие исследования свидетельствуют о существенной роли наследственного фактора в генезе аутоагрессивного поведения [159; 125; 171; 189; 195].

Роль наследственности отражена в работах, посвященных изучению аутоагрессивного поведения у близнецов и усыновленных детей. Вероятность завершеного суицида у монозиготных близнецов примерно в 20 раз выше, чем у дизиготных, но у последних – в 3,5 раза выше среднего уровня в популяции [226]. Установлено также, что у 6% лиц с аутоагрессивным поведением один из родителей был самоубийцей [125]. У усыновленных детей, в семейном анамнезе которых были сведения о суициде, попавших в «несуицидную» семью, аутоагрессивное поведение наблюдалось в 6 раз чаще по сравнению усыновленными детьми, чьи биологические родители не совершали таких попыток [179; 233].

Существуют данные о нарушениях серотонинергической системы мозга у лиц с аутоагрессивным поведением [172; 229]. Ряд авторов отмечают нарушения в катехоламиновом обмене у суицидентов [175; 188]. При исследованиях жертв суицида выявлены уменьшение количества норадренергических нейронов, снижение концентрации норадреналина. По мнению ученых, норадренергическая реакция отражает воздействие факторов среды, в то время как состояние серотониновой системы отражает личностный фон, на который накладывается средовое воздействие [208; 229]. Считается, что роль моноаминов в формировании аутоагрессии связана с участием в реализации механизмов стресса [205; 230].

В литературных источниках есть данные и связи между состоянием гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной системы и склонностью к аутоагрессивному поведению. Считается, что она опосредует стрессовые стимулы и создает определенный фон для формирования суицидальности [206].

Имеются данные о роли иммунной системы в реализации суицидального поведения, что проявляется в повышении титра антител к дофамину, повышении в крови растворимого рецептора интерлейкина-2 [227; 240].

Существует «холестероловая гипотеза», в которой говорится о взаимосвязи низкого уровня холестерина в крови и повышенного уровня аутоагрессивного поведения [125; 204; 228].

Аутоагрессия тесно связана с соматическими заболеваниями. Риск совершения самоубийства возрастает у лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, язвой желудка-кишечного, рассеянным склерозом, болезнью Иценко–Кушинга, эпилепсией [113; 191; 216].

Асоциальное поведение свойственно детям с малым мозговым синдромом (малая мозговая дисфункция). Враждебность, агрессивность, влечение к разрушению проявляются на фоне органических симптомов – вспышек раздражительности, гнева, пониженного настроения, импульсивности [67].

Психологические причины аутоагрессии

Личностные и психологические особенности часто играют ведущую роль в формировании аутоагрессивного поведения. Но отдельные черты личности не могут однозначно говорить о готовности к реагированию при помощи аутоагрессии. Решающими являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированность» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений [34; 42; 28; 177].

Личностная дисгармония может быть вызвана как чрезмерным развитием отдельных черт характера, так и их недоразвитием. По мнению одних авторов такими личностными особенностями могут быть низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, импульсивность,

эмоциональная неустойчивость, бескомпромиссность, чрезмерное чувство вины, низкая самооценка, ригидность, отсутствие навыков конструктивного решения проблем [66; 197].

Другие исследователи выделяют такие личностные характеристики лиц с аутоагрессивным поведением как повышенная потребность в эмоциональной близости при сверхзначимости отношений, низкая фрустрационная толерантность и слабые компенсаторные возможности [156; 221].

Особо отмечается в формировании аутоагрессии сочетание таких черт как высокая импульсивность и высокая эмоциональная реактивность. Факторами риска в этих случаях могут служить семейное неблагополучие, употребление алкоголя, тяжелые хронические заболевания, неадаптивная стратегия решения проблем [13; 56; 187].

Высокий уровень тревожности также является важным фактором риска суицида. По данным исследователей, такие личности имеют больше аутоагрессивных мыслей и чаще предпринимают суицидальные попытки, чем люди с низким уровнем тревожности, а также чаще употребляют алкоголь с целью снижения тревоги, что является дополнительным провоцирующим фактором [153; 154].

Аутоагрессия, обусловленная психической патологией

Наличие психического заболевания является одним из ведущих факторов, увеличивающих вероятность совершения самоубийства. По данным разных авторов у лиц с аутоагрессивным поведением диагностируются психические заболевания до 90,0% случаев [15; 199; 200; 207; 211; 224; 235].

Наибольший уровень самоубийств, суицидальных попыток и других видов аутоагрессивных действий регистрируется при различных видах депрессивных расстройств, шизофрении и других психотических расстройствах, алкогольной или наркотической зависимостях, личностных расстройствах [22; 85; 190; 196; 231; 242].

Депрессия наиболее часто упоминается в связи с актами аутодеструктивного поведения. Наиболее опасны в плане возникновения

аутоагрессивного поведения субдепрессивные, депрессивные, тревожно-депрессивные, тревожно-ипохондрические реакции, а также маскированные депрессии. С аутоагрессивными мыслями наиболее тесно связаны такие проявления депрессии, как чувство безнадежности и беспомощности, отчаяние, чувство вины, утрата интересов и заниженная самооценка [47; 134; 203; 212; 236].

В клинической картине депрессий у детей и подростков наряду с типичными проявлениями наблюдаются и возрастные особенности, которые могут скрывать истинно депрессивный характер переживаний: соматические и вегетативные эквиваленты, астенические черты, пассивность интересов и желаний, агрессивность и различные нарушения поведения – побеги из дома, нежелание ходить в школу, школьная дезадаптация, конфликты с родителями, вредные привычки, мелкие правонарушения, сексуальные эксцессы и т.д. [94; 117; 153; 176; 209; 213; 241].

Суицидальный риск у лиц, страдающих шизофренией в 30 - 40 раз выше, чем в общей популяции. Аутоагрессивное поведение чаще обусловлено психогенными реакциями в ответ на неблагоприятные средовые воздействия и наблюдается при малопрогрессирующем течении процесса, а также в ремиссиях при приступообразной шизофрении [1; 46; 181].

По данным авторов, среди детей-суицидентов до 13 лет больные шизофренией составили 70,0%, а лица с ситуационными аутоагрессивными реакциями – 18,0%. В возрасте 13—14 лет число страдающих шизофренией уменьшилось до 38,0%, а количество лиц с ситуационными аутоагрессивными реакциями возросло до 60,0% [48; 81; 170; 194].

Значительная часть эпизодов аутоагрессивного поведения приходится на долю лиц с расстройствами личности. По данным отечественных авторов, на долю психопатических личностей приходится от 20 до 40% суицидальных попыток [137]. По данным американских исследователей, личностные расстройства диагностируются примерно у 30% лиц, погибших в результате суицида и у 40 % лиц, совершивших попытки самоубийства [215].

Исследователями установлена связь между аутоагрессивным поведением у молодых людей и обсессивно-компульсивным, пассивно-агрессивным и пограничным личностным расстройством [94]. Перфекционистские убеждения, свойственные обсессивно-компульсивному типу личностного расстройства ведут к нереалистичным требованиям к себе и другим и повышению общего уровня стресса [135]. Пассивно-агрессивные черты мешают адекватному взаимодействию с другими людьми и снижают уровень социальной поддержки. При этом реакции нередко проявляются в агрессивных и аутоагрессивных действиях, свойственных группам подростков с девиантным поведением и высоким уровнем эмоциональной реактивности [154]. В аутоагрессивном поведении подростков, более явно, чем у взрослых, выступает зависимость между готовностью к развитию патологических реакций с аутоагрессивными тенденциями и влиянием условий внешней среды.

Особенности суицидального поведения при расстройствах личности изучались многими авторами. В качестве причин аутоагрессивного поведения чаще всего встречались идеи обиды, оскорбления, несправедливое отношение окружающих, унижение личного достоинства, различные производственные конфликты. Зачастую боль себе причиняется без мысли убить себя. В состоянии декомпенсации риск суицида значительно повышается [150].

Наибольшая частота демонстративных аутоагрессивных актов отмечается у психопатических личностей возбудимого круга [2], пациентов с эмоционально неустойчивым (импульсивный и пограничный типы), истерическим и диссоциальным расстройствами личности. Для них характерны повторяющиеся акты самоповреждения и суицидальные попытки [138; 219].

Высокий уровень суицидального риска отмечается при зависимости от алкоголя или наркотических веществ [90; 150; 133; 165; 211]. Нередко расстройства личности, поведения, депрессия коморбидны со злоупотреблением психоактивными веществами [202]. В настоящее время имеется достаточно данных о связи суицидов у подростков с алкогольной, наркотической и другими видами зависимости [23; 90; 133; 138; 150; 165]. Иногда прием алкоголя или

другого нейротропного вещества является составной частью аутоагрессивного акта [163].

Суицидальное поведение встречается у лиц, страдающих тревожными расстройствами. Был зафиксирован высокий уровень тревоги у подростков с теми или иными проявлениями суицидального поведения, а у молодых пациентов с тревожными расстройствами – суицидальные мысли. При этом отмечено, что тревожные расстройства могут иметь хроническое течение и маскироваться проявлениями других психопатологических состояний [48; 146].

Степень агрессивности страдающих умственной отсталостью имеет неоднозначную оценку в различных научных исследованиях. Одни исследователи считают, что при умственной отсталости, за исключением форм, осложненных психопатоподобным поведением, агрессивность выражена незначительно. В других исследованиях, наоборот, указывается на высокую степень агрессивности и враждебности умственно отсталых подростков [66; 84; 119].

Социальные причины аутоагрессии

В рамках социологического подхода рассматривается связь между суицидальным поведением и социальными условиями. Основатель социологической концепции Эмиль Дюркгейм разработал учение об "аномии" - нарушении в ценностно-нормативной системе общества. Автор подчеркивал исключительное значение в формировании аутоагрессивного поведения социальных факторов [45].

Среди социальных факторов можно выделить социально-демографические факторы. Одним из так их факторов является возраст. Аутоагрессивные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Имеются данные об аутоагрессивном поведении у детей 3–6 лет, хотя суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко. Чаще всего суициды совершаются в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемым в этом возрасте. Второй пик суицидальной активности приходится на возраст 40–60 лет. Это связано с тем, что для этого возраста характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная

перестройка, изменение иерархии ценностей, проблемы в профессиональной карьере, смерть родителей, одиночество. Третий пик суицидального риска приходится на старых людей, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в популяции [3; 193; 198].

Другой фактор - пол. Женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; однако у мужчин суицид чаще носит завершённый характер. Так, соотношение суицидальных попыток у женщин и мужчин составляет приблизительно 2–3: 1, но по количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мужчины опережают женщин [163].

Уровень образования. Уровень несуицидального аутоагрессивного поведения выше среди лиц со средним образованием и невысоким социальным статусом [178; 201; 225].

Место проживания. Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между плотностью населения и частотой самоубийств. Даже в пределах одного города частота завершённых самоубийств выше в центральной его части, а незавершённых – на окраинах. Частота суицидальных случаев в городской и сельской местности примерно одинакова.

Социально-экономические факторы. На уровень самоубийств оказывает влияние политическая ситуация, в том числе войны. Во время военных действий количество суицидов заметно снижается. В мирное время в армии увеличивается частота аутоагрессивных паттернов поведения. Для всех европейских стран установлено, что склонность к самоубийству у военных значительно интенсивнее, чем у гражданских лиц того же возраста [174]. Подвержены возникновению аутоагрессивных актов лица, находящиеся в местах лишения свободы и освободившиеся из них [143; 38; 165; 244].

Согласно международным данным по исследованию макросоциальных факторов риска суицидального поведения к важнейшим из них относятся: доступность оружия, широкое обсуждение в средствах массовой информации

случаев самоубийств и доступность информации о способах, социально-экономические кризисы и другие социальные стрессы, уровень потребления алкоголя и наркотиков в обществе и их доступность, система ценностей, доминирующих в обществе, например, культ успеха и пропаганда нереалистичных стандартов счастья и успеха [201].

Политическая и экономическая нестабильность способствует формированию различных по степени выраженности социально-стрессовых расстройств, и как следствие возрастает удельный вес психотравмирующих переживаний и конфликтов [1; 88; 89; 218; 232].

Семья и отношения в ней являются важнейшими факторами социального становления ребенка и одними их важных психосоциальными факторами риска суицидального поведения являются семейные отношения, жизненные стрессовые ситуации, физическое или сексуальное насилие, социальная незащищенность, потеря одного из родителей. Выявление среди родственников лиц с теми или иными формами аутоагрессивного поведения, а тем более наличие завершенных суицидов [111; 239]. Обнаружено, что при большинстве аутоагрессивных действий у подростков, их родители предпринимали попытки саморазрушения. К аутоагрессивному поведению у детей и подростков приводят часто повторяющиеся угрозы родителей совершить самоубийство, особенно в связи с разводом, насилие над ребенком в детском периоде жизни, семейная дисфункциональность, негармоничных, неблагополучных, конфликтных семей [25; 34; 80; 82; 263].

Огромную роль в формировании аутоагрессивного поведения играет патологическое воспитание. По данным Е.А. Панченко более 90% детей и подростков с различными формами суицидального поведения получали патологическое воспитание в своих родительских семьях [96]. Наибольшей опасностью в отношении формирования аутоагрессивного поведения обладают такие типы патологического воспитания, как авторитарный, «сиротство при живых родителях» - когда функции воспитателя передаются няне, «кумир семьи», перфекционистский [15; 33; 111; 194].

Аутоагрессивное поведение часто встречается у подростков, воспитывающихся в неполных семьях. Подростки, пережившие изменение в составе их семей смерть одного или обоих родителей, развод, появление отчима или мачехи, а также длительное отлучение, в том числе, по причине лишения родительских прав, чаще прибегают к тем или иным формам аутоагрессивного поведения [87]. По данным исследований Е.А.Панченко в асоциальных или неполных родительских семьях выросли 40% детей и подростков с аутодеструктивным поведением [96].

Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате. Известно, что высокий уровень аутоагрессивных паттернов поведения отмечается у выпускников детских домов [155].

В «патологических» семьях различные проявления эмоционального дискомфорта ребенка часто вызывают импульсивные аффективные реакции у родителей, высказывания и поведение которых не только не снижают, но еще больше усугубляют негативные эмоции ребенка. В результате ребенок оказывается беззащитным перед переживаемыми негативными эмоциями, навыки регуляции своего эмоционального состояния у него не формируются, что в последующем становится фактором риска развития аутоагрессивного поведения [155].

Важную роль в формировании суицидального поведения подростков играет злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков ближайшими родственниками. Результаты опроса показывают, что у молодых людей, живущих в семьях, где отец и особенно мать систематически злоупотребляют алкоголем, чаще возникают аутоагрессивные мысли и намерения, чем у их социально благополучных сверстников. Они в среднем чаще предпринимают и реальные попытки самоубийства [107].

Религия. Важным фактором, влияющим на суицидальное поведение, является религия. Во многих религиозных направлениях самоубийство признается тяжким грехом. У верующих людей риск суицида значительно ниже, чем у людей

без устойчивых религиозных убеждений. В некоторых случаях агрессия оборачивается против самого верующего, превращаясь в аутоагрессию. Совершение особо тяжкого, с точки зрения исповедуемой религии, греха может повлечь уверенность в том, что содеянное искупается только смертью.

Этнокультуральные особенности. Многими авторами уделяется серьезное внимание влиянию социально-культуральных факторов на суицидальное поведение [201; 214]. Они считают, что культура оказывает влияние на возникновение того или иного вида аутодеструктивного поведения [107; 118]. Имеются исследования зависимостей распространенности суицидов среди этнических групп России [42; 107; 108; 113; 22; 77; 97; 159; 130].

При воздействии на человека различных негативных социальных ситуаций, может привести к резкому усилению психофизических нагрузок и, соответственно, к истощению компенсаторных запасов. Результатом является формирование состояния дезадаптационной готовности. Наложение на такое дезадаптационное состояние конкретной психотравмирующей ситуации непосредственно включает механизм формирования аутоагрессивного поведения [103].

1.4. Особенности аутоагрессивного поведения у лиц молодого возраста

Аутодеструктивное поведение в подростковом возрасте встречается очень часто, о чем свидетельствуют данные статистики.

По показателям смертности от детских и подростковых суицидов на 2010 год Россия занимает четвертое место в мире. Суициды у подростков в РФ составили 30,6 на 100 тыс. населения у мальчиков и 8,5 на 100 тыс. – у девочек. В течение последнего десятилетия эти показатели остаются достаточно стабильными [111; 31; 37].

Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов у детей и подростков, отмечается и увеличение количества суицидальных попыток.

Соотношение суицидов, суицидальных попыток и суицидальных тенденций составляет в среднем 1:10:100 [31; 111; 158].

Высокие показатели аутоагрессивного поведения в детско-подростковой популяции оставляют эту проблему актуальной и в наше время, несмотря на то, что многие исследователи занимались изучением этого феномена на протяжении не одного десятилетия [2; 4; 13; 75; 78; 104; 243]. Со временем изменяются формы аутоагрессивного поведения, социально-психологические предикторы, а также клиничко-психопатологические особенности, и вопрос формирования аутоагрессивного поведения остается не до конца разработанным [110; 128; 158; 174].

По данным А.Е. Личко, лишь в 10% случаев у подростков имеется истинное желание покончить с собой, в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи» [81].

Считается, что суицидальное поведение у детей до 5 лет практически не встречается. У младших школьников, в основном после 9 лет, уже наблюдается суицидальная активность. По другим данным, представления о смерти у ребенка приближается к таковому у взрослого лишь к 11—14 годам, т. е. только начиная с этого возраста ребенок по-настоящему осознает реальность и необратимость смерти, именно поэтому термины «суицид» и «суицидальное поведение» для раннего возраста малоприменимы. С 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в возрастной группе 16—19-летних. Суициды у юношей в возрастной группе 15—19 лет численно преобладают над таковыми у представительниц женского пола приблизительно в 4 раза [117; 161; 269]. Чаще молодые люди прибегают к жестоким (наиболее летальным) способам суицида [207]. Пик суицидальной активности приходится на возрастной промежуток от 15 до 25 лет, причем за последние 25 лет у подростков она удвоилась [58; 124; 237; 246].

Ряд авторов отмечают тот факт, что чем больше повторных попыток аутоагрессивного поведения, тем ниже средний возраст суицидента [120].

В детском и подростковом периоде аутоагрессивное поведение отличается от такового у взрослых в силу возрастных особенностей, с чем связаны определенные диагностические трудности [4; 11; 38; 132].

По данным исследователей динамичность, незавершенность, неустойчивость нервно-психических функций в подростковом возрасте, является почвой для развития психопатологических реакций, формирования социально-психологической дезадаптации и, как следствие, появления аутоагрессивного поведения [38; 94; 223].

Это обусловлено спецификой физиологических и психологических процессов, а также особенностями психопатологических расстройств в пубертатном периоде. Для пубертатного возраста характерны эмоциональная неустойчивость, меланхолические переживания, переоценка тяжести конфликта, выраженная впечатлительность и внушаемость, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентризм, импульсивность в принятии решения [155; 185; 186; 285]. Аутоагрессивное поведение подростков провоцируется такими переживаниями, как гнев, протест, злоба, стремление наказать себя и других. В подростковом периоде часто наблюдается повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке действительности и [155; 215].

Многие исследователи говорят о юношеской аутоагрессии, которая зачастую провоцируется низкой самооценкой и неприятием себя. В связи с чем появляются трудности, связанные с установлением контактов и осуществлением продуктивного общения, в совокупности с непереносимостью одиночества и ощущением нескончаемости тоски [7; 34].

Большое значение в формировании аутоагрессии имеет сексуальность подростков. Сочетание недовольства собой, своим внешним видом и особого эгоцентризма, мнение о собственной исключительности, перфекционизм, противоречие между реальной жизнью подростка и его потребностями, интересами, желаниями приводит к возникновению внутриличностному конфликту [93].

По данным исследований В.В. Нечипоренко к появлению аутоагрессивных паттернов поведения у подростков может привести наличие таких черт как обидчивость, ранимость, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам, чувство покинутости, переживание собственной несостоятельности, физического отставания, избегание «нагрузочных» ситуаций и пассивность в разрешении трудных ситуаций [91].

Подростки часто не умеют обращаться с собственными агрессивными чувствами, боятся их, не могут признать, и, как следствие, находят безопасные способы их выражения и направляют ее на себя [93].

Типичной чертой подростков и юношей является чрезвычайно высокая конформность. Подростки склонны некритично относиться к мнению референтной группы, отстаивая свою независимость от взрослых [44; 71]. И в этом случае особое значение приобретает фактор «внушающего влияния самоубийцы в качестве примера». Зарубежные исследователи указывают на связь повышенного количества аутоагрессии с освещением в средствах массовой информации, Интернете суицидов знаменитостей [37; 174; 222; 238].

В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. А.Е. Личко отмечает связь между типом акцентуации характера подростка и суицидальным поведением. А. Е. Личко пишет: "Суицидальное поведение у подростков - это в основном проблема пограничной психиатрии, т. е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера". По наблюдению автора, лишь 5% суицидов и попыток связаны с психотическими переживаниями, на психопатии - 20-30%, а все остальные спровоцированы подростковыми кризами. Наиболее опасными в плане риска аутоагрессивного поведения являются следующие типы акцентуации характера: циклоидный тип, эмоционально-лабильный, истероидный тип. Сенситивные, психастенические, неустойчивый, шизоидный типы предрасположены к аутоагрессивному поведению в меньшей мере [81; 168]. Другие авторы, напротив, приводят данные

в пользу шизоидного, психастенического, сенситивного, возбудимого и эпилептоидного типов [91].

По мнению В. Ф. Войцеха, акцентуации характера являются факторами риска повторных суицидов, причем в пресуицидальном периоде отмечается заострение акцентуированных черт [30; 31].

Мотивы аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте

По мнению некоторых авторов, в подростковом возрасте большинство аутоагрессивных действий микросоциально обусловлены. Это проблемы в семье, школе, с противоположным полом, и зачастую направлены не на самоубийство, а на восстановление контактов с окружающими или попытке «бегства» от психотравмирующей ситуации. Они совершаются на глазах у обидчика, сопровождаются плачем или, наоборот, «бравдой спокойствия». Тем не менее, опасность суицидальных действий остается довольно высокой [192; 263].

Наиболее типичными для детей и подростков являются такие мотивы аутоагрессивного поведения как: обида, одиночество, непонимание окружающих, действительная или мнимая утрата родительской любви, смерть близких, развод родителей, межгендерные взаимоотношения, чувство вины, стыда, оскорбленное самолюбие, недовольство собой, боязнь позора, насмешек, унижения, страх наказания, чувство мести, злобы, протест, сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов [72].

Мотивы часто не соответствуют причинам, для каждого подростка аутоагрессивный акт несет свой личностный смысл. Подростковые попытки бывают продиктованы мотивами манипулирования, контроля над другими и нежеланием умереть. Наиболее частые из них: протест, призыв, избегание, самонаказание, отказ.

По мнению ряда авторов, аутоагрессия – это своеобразный «крик о помощи» в ситуации хронического стресса, негативного эмоционального климата в семье, в отсутствие позитивного опыта решения стрессовых ситуаций. Такое поведение может закрепляться, приобретая патологический характер, как способ временного

или быстрого разрешения семейных и личных проблем. В дальнейшем подросток становится зависимым от привычной формы реагирования [116; 117].

По данным В.Т. Кондрашенко, суицидальные действия у подростков обусловлены следующими причинами: 10% – психотические расстройства; 15% – невротические состояния; 1% – тяжелые соматические заболевания; 12% – сложная семейная ситуация; 18% – сложная романтическая ситуация; 15% – проблемы самореализации в референтной группе; 7% – боязнь ответственности за совершенные действия; 8% – дидактогении; 5% – употребление алкоголя и наркотических веществ; 9% – невыясненные причины [63].

А. Е. Личко к числу наиболее частых причин аутоагрессивного поведения среди подростков относят: потерю любимого человека, переутомления, уязвленное чувство собственного достоинства, употребление алкоголя и наркотиков, подражание человеку, совершившему самоубийство, сильные эмоциональные переживания (страх, гнев, печаль).

Многочисленные социально-психологические исследования свидетельствуют о том, что аутоагрессивное поведение подростков в подавляющем большинстве случаев это проявление дезадаптивных форм поведения, провоцирующееся «эмоциональным неблагополучием» и дисгармоничностью развития морально-нравственной сферы личности [70].

По мере того как психотравмирующая ситуация не находит разрешения, состояние психической дезадаптации продолжает усиливаться и нарастать. На высоте болезненных переживаний у индивида появляются суицидальные мысли, которые носят сначала пассивный, затем активный характер, когда он начинает активно обдумывать возможность суицида как способа избавления от невыносимых переживаний, выхода из сложившейся психотравмирующей ситуации.

В результате изучения проблемы авторы пришли к заключению, что социально-психологическая дезадаптация является общей предпосылкой аутоагрессивного поведения. Поэтому у всех суицидентов, независимо от их

диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности.

Аутоагрессия не может быть определена в рамках однозначных представлений, так как это - сложная междисциплинарная проблема, включающая в себя множество аспектов. Категориальный анализ аутоагрессии с позиции философии, психологии, социологии, медицины и педагогики позволяет нам раскрыть сущность аутоагрессивного поведения.

Анализ различных источников информации демонстрирует, что на всём протяжении развития суицидологии постоянно предпринимались попытки систематизации аутоагрессивного поведения. Теоретические концепции преимущественно отражают взаимосвязь мультифакториальной этиологической основы аутоагрессивной активности и различных ее характеристик как результирующего феноменологического эффекта суицидогенеза. Это позволяет нам сделать вывод об актуальности заявленной проблемы, что определяется как их высокой частотой, так и большой социальной значимостью.

Все формы деструктивного поведения приводят к ухудшению качества жизни, снижению критичности к своему поведению, когнитивным искажениям (восприятия и понимания происходящего), снижению самооценки и эмоциональным нарушениям.

Подростковый возраст является кризисным как в физиологическом, так и в психическом плане. Подростки склонны к проявлению различных видов агрессии, таких как физическая агрессия, косвенная, негативизм, раздражительность, подозрительность, обидчивость, вербальная агрессия. Изучение аутоагрессивных проявлений у детей и подростков свидетельствует о том, что суицидальное поведение в этом возрасте, имея много общего с аналогичным поведением у взрослых, несет в себе и ряд отличий. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и формирующейся личности в период социально-психологического становления [117].

Особенностью аутоагрессивного поведения подростков служит недостаточно адекватная оценка последствий своих действий. В отличие от взрослых, у них отсутствуют четкие границы между истинно суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком. По мнению ученых, способ покушения на самоубийство не является информативным в плане определения истинности намерений, а граница между истинным и демонстративно-шантажным поведением подростка условна [7]. В практических целях это заставляет рассматривать аутоагрессию в этом возрасте как разновидность суицидального поведения.

Понимание дифференциальных основ личности подростка, скрытых мотивов позволяет предсказать возможное поведение подростка, его склонность к аутоагрессии.

Таким образом, понимание особенностей аутоагрессивного поведения у лиц подростково-юношеского возраста в целом является необходимым при исследовании отдельных групп молодежи, каковыми, в частности, являются рядовые военнослужащие срочной службы [138].

Изучение факторов имеет большое значение для первичной и вторичной профилактики аутоагрессивного повреждения: знание факторов суицидального риска позволяет своевременно выявлять лиц, относящихся к группе риска, и проводить с ними профилактические мероприятия.

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика клинического материала

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» в подростковом отделении №7 в период призывов 2010 года и весеннего призыва 2011 года. Основной задачей стационарного обследования являлось определение наличия или отсутствия отклонений от психической нормы и в случае выявления таковых их адекватная нозологическая квалификация с целью решения вопроса годности к службе в армии.

В исследовании приняли участие 200 юношей в возрасте 16-27 лет ($19\pm 0,4$), с аутоагрессивным поведением в анамнезе, направленные на стационарное обследование районными военкоматами Краснодарского края.

Представительность выборки определяется не только ее объемом, сколько ее структурой. В репрезентативной выборке представлены все основные категории лиц, присутствующие в изучаемом контингенте больных.

Обследуемые были в возрастном диапазоне от 16-27 лет ($19\pm 0,4$). В возрасте до 18 лет - 20 человек (средний возраст 17 лет) и 180 человек в возрасте от 18 до 27 ($19\pm 0,6$).

По месту проживания обследуемые в выборке разделены на три категории: большинство - 60,5% проживали в сельской местности, городскими жителями являлись 38,5%, а в 1% отсутствовала временная регистрация, в связи с чем эти лица определены в категорию - без определенного места жительства.

По категории жилья обследуемые распределились на следующие группы: проживали в частном домовладении – 57,5%, собственную комнату в квартире имели 16,5%, не имели своей комнаты 9,0%, проживали на съемной квартире 8,5%, общежитии - 4,5%, свою квартиру имели 2,5%, не имели прописки и проживали в школе-интернате по 1,0% обследуемых.

По категории семейное положение большинство - 84,5% призывников на период обследования не имели собственной семьи. Официально женаты были 7,0%, состояли в гражданском браке 8,0% и один человек был разведен.

Подавляющее большинство лиц призывного возраста – 89,5% обучались по общеобразовательной программе, по коррекционной программе - 11,0%. Среди коррекционных программ обучения наибольший процент представлен программой VIII вида – 81,0%, по которому обучались лица с умственной отсталостью, по программе VII вида обучались 19,0% подростков, с преимущественной представленностью органических расстройств.

Распределение лиц призывного и допризывного возраста по полученному образованию на момент обследования отражено на рисунке 1. Чуть больше половины юношей имели неполное среднее образование - 51,5%, и довольно высокий удельный вес призывников, имеющих среднее специальное образование - 31,0%, не смогли окончить 9 классов 4,5% юношей, окончили 11 классов 12,0%, в ВУЗе обучался 1,0% обследуемых.

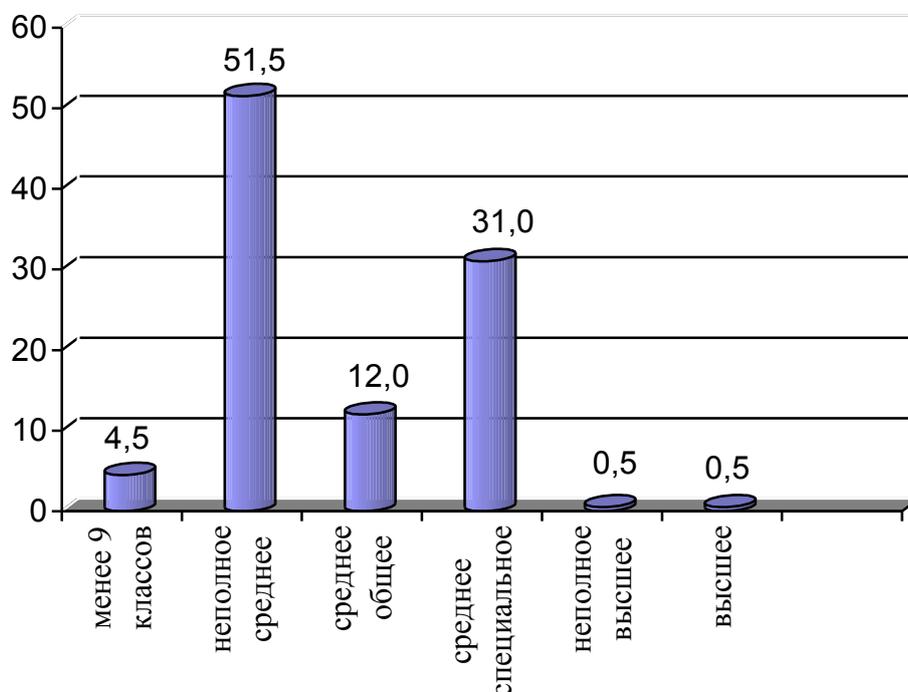


Рисунок – 1 Профиль обучения призывников с аутоагрессивным поведением в анамнезе (в процентах)

2.2 Методы исследования

Методы научно-исследовательской деятельности представлены:

- Клинический (комплексное психолого-психиатрическое обследование);
- Нейрофизиологический (электроэнцефалография);
- Анкетирование – с помощью специально разработанной карты-опросника по выявлению факторов риска аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста (авторская разработка);
- Экспериментально-психологический - тест Леонгарда-Шмишека, личностный опросник Айзенка, личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина);
- Статистические методы исследования с использованием персонального компьютера, Excel 5.0 for Windows, программа для обработки статистической информации STATISTICA 10.

Исследование включало получение согласия на проведение обследования у лиц призывного и допризывного возраста. При сборе анамнестических данных использовалась информация, полученная из личных дел призывников, с которыми подростки поступали на обследование, амбулаторных карт, а также от самих подростков и их родственников.

Для систематизации данных была разработана «Карта-опросник по выявлению факторов риска аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста», составленная в соответствии с целью и задачами исследования (Приложение А). Карта включает следующие блоки: «Анкетные данные», «Анамнестические сведения», «Социальный и материально-бытовой статус», «Семья и внутрисемейные отношения», «Личностно-психологические особенности», «Характеристика аутоагрессивного поведения».

Выявлялись данные, которые могли служить факторами риска формирования аутоагрессивного поведения. Биологические факторы, в том числе - органические поражения головного мозга вследствие патологии беременности и родов, родовых травм, внутриутробных и ранних послеродовых вредностей,

интоксикаций, мозговых инфекций, черепно-мозговых травм, а также наследственная отягощенность психическими, наркологическими и соматическими заболеваниями, суицидами. Социально-ситуационные факторы, включающие образовательный уровень родителей и самого обследуемого, наличие интересов (занятости) в свободное время, наличие профессии, наличие у обследуемых отклонений от социальных и культурных норм поведения: патохарактерологических реакций, употребление спиртных напитков или наркотических средств, курение, прогулы (отказ от учебы), наличие судимостей, приводы в полицию, негативное отношение к военной службе. Семья и внутрисемейные отношения – воспитание в неполной семье или воспитание вне семьи, наличие факта воспитания в неблагополучной семье, внутрисемейные конфликты, асоциальное поведение родителей. Выявлялись личностно-психологические особенности обследуемых – темперамент, наличие акцентуации характера, уровень тревожности. Уточнялся характер аутоагрессивных действия в анамнезе – возраст обследуемого на момент совершения аутоагрессивной попытки, мотив и тип аутоагрессивного акта, наличие острой алкогольной интоксикации.

Все обследуемые были осмотрены специалистами-консультантами (терапевт, невролог, клинический психолог), выполнены инструментальные методы диагностики: ЭЭГ, ЭХО - это было особенно важно у лиц с органической патологией.

Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании и в соответствии с критериями Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Так, рубрике «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» соответствовала группа обследуемых с диагнозом «Органическое эмоционально-лабильное/астеническое расстройство» различной этиологии (F06.6). Рубрике «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» соответствовала группа подростков с диагнозами «Неврастения» (F48.0), «Тревожно-фобическое расстройство» (F42). В рубрику «Расстройства личности

и поведения в зрелом возрасте» были включены обследуемые с диагнозами «Транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности пограничного и импульсивного типов» (F60.31; F 60.30), «Транзиторное инфантильное расстройство личности» (F60.8), «Транзиторное астеническое расстройство личности» (F60.7), «Транзиторного шизоидное расстройство личности» (F60.1). Диагностическую группу «Умственная отсталость» составили обследуемые с диагнозом «Умственная отсталость лёгкой степени» различного генеза (F70.0), с коэффициентом IQ 50-69.

С помощью экспериментально-психологического исследования были уточнены личностные, эмоционально-волевые особенности обследуемых. Исследование индивидуально-психологических особенностей молодых людей проводилось с помощью экспериментально-психологических методик.

Характерологический опросник К. Леонгарда – Шмишека. Опросник включает в себя 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера. Первая шкала характеризует личность с высокой жизненной активностью, вторая шкала показывает возбудимую акцентуацию. Третья шкала говорит о глубине эмоциональной жизни испытуемого. Четвертая шкала показывает склонность к педантизму. Пятая шкала выявляет повышенную тревожность, шестая – склонность к перепадам настроения, седьмая шкала говорит о демонстративности поведения испытуемого, восьмая – о неуравновешенности поведения. Девятая шкала показывает степень утомляемости, десятая – силу и выраженность эмоционального реагирования.

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

Личностный опросник Айзенка (Eysenck Personality Inventory, или EPI) опубликован в 1963 г. и содержит 57 вопросов, 24 из которых направлены на выявление экстраверсии-интроверсии, 24 других - на оценку эмоциональной

стабильности-нестабильности (нейротизма), остальные 9 составляют контрольную группу вопросов, предназначенную для оценки искренности испытуемого, его отношения к обследованию и достоверности результатов.

Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.Немчина). Предназначена для измерения проявлений тревожности. Опубликована Дж. Тейлором в 1953 г. Рассматриваемая шкала состоит из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРІ). Выбор пунктов для теста осуществлялся на основе анализа их способности различать лиц с «хроническими реакциями тревоги».

Статистический анализ данных был реализован в среде пакета статистических программ STATISTICA 10. Были использованы такие методы как:

- частотный анализ;
- угловое преобразование Фишера (ф-критерий);
- непараметрический корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена, статистика гамма);
- многомерный частотный анализ (таблицы сопряженности);
- кластерный анализ.

Эти методы позволили решить поставленные в исследовании задачи и проверить сформулированные гипотезы на необходимом уровне статистической достоверности.

Угловое преобразование Фишера применяется для сравнения двух процентных долей, при условии, что их сумма составляет 100%. Удобство данного критерия очевидно: он может применяться к качественным данным, объём выборок может быть небольшим, он применяется к процентным долям (которые очень распространены в психологии и педагогике).

Корреляционный анализ использовался для выявления тесноты взаимосвязи между факторами. Надо отметить, что корреляционный анализ не определяет

характер взаимосвязи. Если коэффициент корреляции отрицательный (положительный), это означает, что с увеличением значений одной переменной значения другой убывают (возрастают). Если переменные независимы, то коэффициент корреляции равен 0. Обратное неверно. Но если коэффициент корреляции не равен 0, это значит, что переменные взаимосвязаны. При равенстве коэффициента корреляции 1 зависимость между переменными функциональная, а именно: линейная. В остальных случаях зависимость – стохастическая, это означает, что при изменении значений одной переменной, закон распределения другой переменной также подвержен изменению. Поэтому коэффициент корреляции характеризует, насколько сильно изменение одной величины, ведет к изменению распределения другой.

Принято считать, что если $|r| \leq 0,25$, то корреляция слабая, если $0,25 < |r| \leq 0,75$ – корреляция умеренная, $|r| > 0,75$ – корреляция сильная. Если $r \neq 0$, то говорят, что переменные коррелированы. Для анализа силы предполагаемой связи между переменными используется нулевая гипотеза, о том, что коэффициент корреляции равен 0.

В то же время в медицинских исследованиях очень часто приходится анализировать тесноту связи между качественными переменными. В этом случае используют так называемые ранговые коэффициенты корреляции. Если переменные количественные, но их распределение не соответствует нормальному закону, также рекомендуется использовать ранговые корреляции. Например, корреляция Спирмена измеряется по формуле

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^n d_i^2}{n(n^2 - 1)},$$

где d_i – разность между рангами переменных, характеризующих объекты выборки, n – объем выборки.

Коэффициент Спирмена рекомендуется использовать, если переменные – количественные, закон распределения которых не известен или не является нормальным, и (или) качественные.

Кросстабуляция (сопряжение) – процесс объединения двух (или нескольких) таблиц частот так, что каждая ячейка (клетка) в построенной таблице представляется единственной комбинацией значений или уровней табулированных переменных. Таким образом, кросстабуляция позволяет совместить частоты появления наблюдений на разных уровнях рассматриваемых факторов.

Кластерный анализ – это метод классификационного анализа; его основное назначение – разбиение множества исследуемых объектов или признаков (в нашем случае – факторов заболевания) на однородные в некотором смысле группы, или кластеры [77, 149].

ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

3.1. Клиническая структура психопатологических расстройств с учетом диагностических критериев МКБ-10

Клиническая структура психопатологических расстройств обследуемых определялась с учетом диагностических критериев МКБ-10.

По основным диагностическим группам согласно МКБ-10 распределение обследуемых оказалось следующим: Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство. Начальные проявления органического поражения центральной нервной системы верифицированы по амбулаторным картам, в которых при неврологическом обследовании обнаруживалась рассеянная органическая микросимптоматика резидуального характера. Данный диагноз выставлялся, когда органическая почва была представлена перинатальной патологией, перенесенными черепно-мозговыми травмами, нейроинфекциями, а психические нарушения в форме умеренно выраженной астении, неврастенического синдрома, повышенной утомляемости, плохой переносимости жары, перепадов атмосферного давления, головных болей, головокружений, вегетососудистой лабильности наблюдались на протяжении не менее шести месяцев.

Характерные поведенческие нарушения, патологические типы воспитания, характерные для эмоционально-неустойчивого расстройства личности выявлялись из бесед с родителями или официальными представителями призывника, а так же наблюдением за обследуемым в условиях стационара. Выявлялась ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий наряду с неустойчивостью настроения. Сниженная способность планирования; вспышки

интенсивного гневливого аффекта, "поведенческие взрывы", доминированием нервно-психической неустойчивости.

Для астенического расстройства личности характерны черты зависимости от родителей с детских лет, подчиняемость, чувство беспомощности и неудобства в одиночестве, страх быть покинутым, перекладывание ответственности и обязанностей на других лиц, необходимость подбадривания и поддержки в повседневных вопросах, истощаемость, частое чувство разбитости и усталости без объективных причин. Аутоагрессивные попытки совершаются импульсивно, на высоте сильного эмоционального переживания брошенности, одиночества в сочетании с заниженной самооценкой.

Для шизоидного расстройства личности характерно интравертированность, аутистичность жизненных установок, стремление к уединенности, ограничению контактов с окружающими, эмоциональная холодность. Они склонны к интроспективным переживаниям, фантазированию, повышенной саморефлексии, необычным увлечениям.

Транзиторное инфантильное расстройство личности характеризуется эмоциональной нестабильностью, воздействия даже небольших стрессов вызывают расстройство эмоциональной сферы; выраженностью черт, свойственных для раннего детского возраста; плохим контролем чувств враждебности, вины, тревоги и др., проявляющихся очень интенсивно. Потребность патронажа со стороны окружающих, повышенной подчиняемостью, постоянной зависимостью от партнеров в межличностных отношениях, отсутствием самостоятельности, беспомощностью.

Для умственной отсталости легкой степени диагностическими критериями явились: задержка психического развития, развития моторики и навыков самообслуживания, трудности в освоении чтения и письма, затруднения в сфере школьной успеваемости, коэффициент интеллекта в диапазоне 50-69 баллов, эмоциональная незрелость, сниженная адаптация.

Неврастения выставилась на основании следующих диагностических критериев: чувство утомления, слабости, истощения, раздражительность,

повышенная чувствительность, слезливость, различная вегетативная симптоматика, нарушения сна.

Тревожно-фобическое расстройство выставлялось на основании следующих критериев: состояние необъяснимой тревоги, навязчивый иррациональный страх перед определенными предметами или видами деятельности, часто сопровождающийся вегетативными проявлениями, неопределенное желание избегать пугающих объектов и ситуаций.

В таблице 1 представлена клиническая структура психопатологических расстройств обследуемых.

Таблица 1 - Клиническая структура психопатологических расстройств обследуемых

Клинический диагноз	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
Органическое эмоционально-лабильное/астеническое расстройство (F06.6)	29	14,5
Астеническое расстройство личности (F60.7)	2	1
Инфантильное расстройство личности (F60.8)	1	0,5
Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3)	142	71,0
Шизоидное расстройство личности (F60.1)	1	0,5
Умственная отсталость легкой степени (F70.0)	10	5,0
Неврастения (F48.0)	1	0,5
Тревожно-фобическое расстройство (F40.2)	1	0,5
Без психических расстройств (Z00.0)	13	6,5
Итого	200	100,0

Достоверность полученных результатов мы определяли при помощи многофункционального статистического критерия углового преобразования Фишера (критерий ϕ эмн).

Анализ нозологической структуры психопатологических расстройств показал следующее: Основную часть психопатологических расстройств представляют «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F60). Эта нозология характеризует тип поведения, имеющий тенденцию к устойчивости, отражает стиль жизни и отношение к себе и другим. Такие типы поведения стабильны, способствуют нарушению социального функционирования. Возникают в детском и подростковом возрасте и сохраняются в зрелом и не являются вторичными по отношению к другим органическим и психическим расстройствам.

Диагноз «Транзиторное эмоционально-неустойчивое расстройство личности» был выставлен 71,0% обследуемым. Для этой нозологической единицы характерна ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий наряду с неустойчивостью настроения. У таких людей снижена способность планирования. Вспышки интенсивного гневливого аффекта часто приводят к агрессии, "поведенческим взрывам", они легко провоцируются, когда импульсивные акты осуждаются окружающими, либо им препятствуют. Одним из факторов с высокой достоверностью ($p < 0,01$) оказывающий влияние на возникновение аутоагрессивного поведения и формирование эмоционально-неустойчивого расстройства личности является воспитание в неблагоприятных семейных условиях: злоупотребление одного из родителей алкоголем: отец – 13,4%, мать – 7,7%, оба родителя – 2,1%; воспитание в условиях гипопротекции - 63,4%, в конфликтных семьях - 18,3%, в условиях неустойчивых взаимоотношений в семье - 16,9%. В период посещения детских дошкольных учреждений испытуемые затруднялись находить общий язык со сверстниками, легко вступали в конфликты, дрались. В школьный период отмечалась частая смена настроения, в такие периоды они негативно оценивали окружающих,

конфликтовали. Имели место ранняя алкоголизация - 25,4% и побеги из дома - 14,1%. Алкоголь на момент обследования продолжали употреблять эпизодически 59,9%, периодически алкоголизировались 29,6% обследуемых, псевдозапойная форма употребления алкоголя встретилась в 0,7%. В состоянии острой алкогольной интоксикации они становились повышено вспыльчивыми, раздражительными, упрямыми. Употребляли каннабиноиды: разово – 20,4%, эпизодически – 6,3%, регулярно – 0,7%. Приводы в полицию имели место у 30,3% призывников. Особых интересов и увлечений не имели. Учебой интересовались поверхностно, глубоких знаний не приобретали. К подростковому возрасту наблюдались частые колебания настроения. Отмечался выраженный эгоцентризм, демонстративность, стремление доминировать, высокая эмоциональная напряженность. При транзиторном эмоционально неустойчивом расстройстве личности статистически достоверно ($p < 0,05$) асоциальное поведение: приводы в полицию - 30,3%, наличие судимостей - 23,9%, постановка на учет в инспекции по делам несовершеннолетних - 7,0%.

Тест Леонгарда-Шмишека установил у них высокие показатели по шкалам гипертимность - 28,2%, демонстративность - 28,2%, возбудимость - 21,8%. Личностный опросник Айзенка выявил высокие показатели по шкале экстраверсия. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) большинство призывников показали средний с тенденцией к низкому уровню проявлений тревоги (5-15 баллов) – 66,2%. Высокий уровень (25-40 баллов) и тенденция к высокому уровню (15-25 баллов) встретилась у 6,3% и 19,0% соответственно.

Клиническая иллюстрация 1

Призывник, Евгений М., 24 года.

«Транзиторное эмоционально-неустойчивое расстройство личности»

Анамнез: Наследственность отягощена алкоголизмом матери, наркоманией отца. Родители воспитанием детей не занимались, были лишены родительских прав, с 11 лет находился под опекой государства, проживал в интернате. Родился четвертым из пяти детей. Достоверных данных о беременности и родах у матери,

о раннем развитии нет. ДДУ посещал. В школу пошел с 6 лет. В школу ходил неохотно, часто прогуливал, после первого класса обучение бросил. С четвертого класса обучался в школе-интернате. Учился удовлетворительно. Классы не дублировал. Закончил 9 классов и профессиональное училище по специальности механизатор. После окончания училища в течение двух лет нигде не работал. Сейчас работает неофициально официантом. С 12 лет курит, с 13 лет употребляет алкоголь. Во время обучения в училище были эпизоды употребления каннабиноидов, феназепам. Имел неоднократные приводы в полицию за хулиганство, распитие спиртных напитков в общественных местах. Наличие судимостей отрицает. В 17 лет после ссоры с девушкой нанес себе порезы на кожу левого предплечья. Отмечает, что суицидальных мыслей не было, «хотел заставить ее вернуться». До настоящей призывной комиссии к психиатру не обращался. К службе в армии относится отрицательно, считает это «пустой тратой времени».

Объективно: Держится самоуверенно, вызывающе. Правильно ориентирован во всех видах. На вопросы отвечает охотно, подробно, голос громкий. Речь правильная. В беседе недистантен, задает встречные вопросы, легко раздражается, не терпит возражений, при объяснении правил пребывания в стационаре громко возмущается, считая их очень жесткими, но на обследование соглашается. Внимание неустойчивое. Память без выраженных нарушений. Мышление последовательное. Интеллектуально сохранен. Эмоционально неустойчив. Вспыльчив, раздражителен. Наличие бреда, галлюцинаций на момент осмотра нет. Суицидальные мысли отрицает. Критика к состоянию снижена. В отделении фон настроения неустойчивый. В рамках режима не удерживается, периодически его нарушает. В общении предпочитает ребят с делинквентным поведением, стремится к лидерству, не терпит запретов, реагирует протестом в ответ на ограничения. Не терпит критики в свой адрес. Время проводит праздно, в трудовые процессы не вовлекается.

Соматический статус: Нормостенического телосложения. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. На внутренней стороне левого предплечья

следы от порезов. Костно-суставная система не деформирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 120/80 мм.рт.ст., пульс 80. Живот при пальпации безболезненный во всех отделах. Стул, диурез в норме.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Реакции зрачков на свет живые. Движения глазных яблок – без ограничений. Корнеальные рефлексы – живые, D=S. Глазные щели – D=S. Носогубные складки – симметричны. Слух - сохранен, нистагм при крайних отведениях глазных яблок отсутствует. Глотание – не изменено, артикуляция речи, фонация – сохранены. Глоточный рефлекс – сохранен, D=S. Uvulae по средней линии, мягкое небо - подвижно. Язык по средней линии. Мышечный тонус верхних и нижних конечностей – норма. Сила мышц - сохранена. Сухожильные и периостальные рефлексы - живые, D=S. Патологические рефлексы - отсутствуют. Чувствительность – сохранена. Координаторные пробы выполняет. Менингеальных знаков - нет.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения БЭА мозга регуляторного характера с нерегулярным среднечастотным альфа-ритмом. Ослаблены активирующие влияния на кору передних отделов со стороны неспецифических структур. Пароксизмальной активности не зарегистрировано. Реактивность корковых нейронов сохранена.

Результаты психологического обследования: Легкое снижение механической памяти при сохранности ассоциативного запоминания. Внимание неустойчивое. Мышление несколько замедлено по темпу переключения ассоциаций, последовательное, отмечается влияние эмоций на мыслительный процесс. Продуктивность умственной работоспособности не снижена. Интеллект в рамках нормы (IQ-75б). Эмоционально-волевая неустойчивость. Высокий уровень притязаний, иррациональные механизмы психологической защиты, возбудимый тип реагирования, импульсивность, снижение критики, адаптации и контроля за поведением у личности неустойчивого типа с повышенным уровнем агрессии. Тест Леонгарда-Шмишека выявил возбудимый тип акцентуации характера. Тест Айзенка показал склонность к экстраверсии и высокий уровень

нейротизма. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен средний с тенденцией к среднему уровень тревожности.

Анализ наблюдения: В анамнезе прослеживается, что воспитание призывника происходило в условиях гипопротекции – сначала в семье, а затем в школе-интернате. По характеру формировался возбудимым, вспыльчивым. Легко вовлекался в асоциальные компании, имели место приводы в полицию, ранняя алкоголизация, табакокурение, употребление наркотических веществ (каннабиноидов). Стойких интересов не сформировал, долгосрочных планов на жизнь не имел – «жил одним днем». Аутоарессивный акт не имел суицидальной направленности, носил инфантильно-демонстративный характер. Отношение к поступку формальное.

«Транзиторное астеническое расстройство личности» представлено в двух случаях (1%). Для этого расстройства характерны черты зависимости от родителей с детских лет, подчиняемость, чувство беспомощности и неудобства в одиночестве, страх быть покинутым, перекладывание ответственности и обязанностей на других лиц, необходимость подбадривания и поддержки в повседневных вопросах, истощаемость, частое чувство разбитости и усталости без объективных причин. Имело место воспитание в неполной семье, отягощенность алкоголизмом со стороны отца. Аутоагрессивный акт носил в одном случае по типу призыв - в двенадцатилетнем возрасте выпил около 30 таблеток разного назначения после ссоры с родителями, в другом случае имел инфантильно-демонстративный характер – в восемнадцатилетнем возрасте после ссоры с девушкой нанес порезы на кожу левого предплечья с целью доказать свою любовь. Аутоагрессивные попытки были совершены импульсивно, на высоте сильного эмоционального переживания брошенности, одиночества в сочетании с заниженной самооценкой.

В отделении оба призывника проявили себя как люди неуверенные в себе, ранимые, с повышенной чувствительностью к обидам и критике. Фон настроения чаще был снижен, с преобладанием пессимистических реакций и слезливости. В отношениях со сверстниками страшатся быть осмеянными и подвергнутыми

осуждению окружающих, избегали шумных компаний, особенно с участием делинквентных подростков. При возникновении сложных ситуаций занимали пассивно-оборонительное положение со склонностью к перекалыванию ответственности на других. В отношении с медицинским персоналом постоянно стремились понравиться и «быть хорошим».

Тест Леонгарда-Шмишека выявил педантичный и застревающий тип акцентуации характера. Тест Айзенка выявил высокий уровень впечатлительности, эмоциональности. Отмечается склонность к застреванию на определенных эмоциональных переживаниях различной модальности и интрапунитивной направленности — депрессия, тоска, печаль, чувство вины, стыда, застенчивости. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявила средний уровень тревожности с тенденцией к низкому (5-15 баллов), но в то же время высокий показатель по шкале лжи.

При «Транзиторном инфантильном расстройстве личности» наследственность психопатологически отягощена наркоманией отца. В раннем развитии несколько отставал в психоречевом развитии. С трудом адаптировался к детскому дошкольному учреждению - ни с кем не разговаривал, плакал, отказывался от приема пищи. В школе был ведомым членом коллектива, прогуливал уроки «за компанию», скрывал это, так как боялся наказания матери. Друзей имел немного, предпочитал общество ребят младше себя. В шестнадцатилетнем возрасте, находясь дома, нанес порезы гвоздем на кожу внутренней поверхности левого предплечья. Наличие суицидальных мыслей на момент совершения поступка отрицает, мотив и причину объяснять отказался — «чтобы не забыть о важном».

При обследовании в отделении в первые дни был раздражен, отказывался от еды, в дальнейшем вел себя спокойно, ничем себя не проявлял, был незаметен, безынициативен. Чувствителен к средовым воздействиям, часто являлся объектом насмешек со стороны сверстников, по поводу чего сильно переживал. Старался держаться ближе к медицинскому персоналу, в трудовые процессы не вовлекался, после посещений матери плакал.

Тест Леонгарда-Шмишека выявил эмотивный тип акцентуации характера. Тест Айзенка выявил склонность к интраверсии и высокий уровень нейротизма. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен высокий уровень тревожности.

«Транзиторное шизоидное расстройство личности». Обследуемый с детства был замкнутым, необщительным, отсутствовало стремление к игре с другими детьми, держался «особняком», временами проявлял отсутствие такта, неумение считаться с интересами окружающих. После смерти матери стал конфликтным, раздражительным, ухудшился сон, чтобы «ослабить душевную боль» нанес порезы на область предплечья.

В отделении был незаметен, эмоционально невыразителен. Держался обособленно, к общению не стремился. Пребыванием в стационаре тяготился, переживал по поводу большего количества людей вокруг.

Тест Леонгарда-Шмишека выявил застревающий тип акцентуации характера. Тест Айзенка показал склонность к интраверсии. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен высокий уровень тревожности.

«Органические расстройства» (F06) представлено 14,5% обследуемых. Данное расстройство характеризуется повышенной утомляемостью, разнообразными физическими ощущениями, головными болями, головокружением. У призывников наблюдалась выраженная и постоянная эмоциональная лабильность, сопровождающаяся внутренним напряжением, раздражительностью, злобностью, двигательной расторможенностью в сочетании с повышенной истощаемостью, инертностью и медленной переключаемостью мыслительных процессов, выраженным эгоцентризмом, явлениями раздражительной слабости. Данные клинического обследования подтверждались результатами инструментальных методов исследования (ЭЭГ, ЭХО). Возникновение аутоагрессивных паттернов достоверно зависит ($p < 0,01$) от наличия ante-, peri- и постнатальной патологии, которая встретилась у 72,4% лиц с органическим расстройством. С раннего возраста они наблюдались у

невролога с диагнозом «Энцефалопатия». Достоверно значимо влияние такого экзогенного фактора ($p < 0,01$) как травма головного мозга. Следует отметить, что сведения о травмах получены в основном со слов обследуемого и его близких и документально не всегда были подтверждены, но наличие органической патологии подтверждалось данными ЭЭГ и консультацией невролога. У 41,4% юношей травма головы была однократная, у 24,1% - две и более. В дошкольном возрасте лица с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством отличались неустойчивостью эмоциональной сферы, повышенной вспыльчивостью, раздражительностью. К подростковому периоду они становились более вспыльчивыми, несдержанными. Рано вовлекались в употребление алкогольных напитков и продолжали периодически его употреблять - 69,0%. В состоянии алкогольного опьянения становились более вспыльчивыми, раздражительными. Большинство аутоагрессивных попыток было совершено в состоянии острой алкогольной интоксикации - 58,6%. При стационарном освидетельствовании юноши затруднялись придерживаться режима отделения, конфликтовали со сверстниками, младшим медицинским персоналом, обижали сверстников (могли толкнуть, ударить, заставить делать уборку в палате за себя, забирали пищевые продукты). Их показатели по результатам патопсихологического исследования приближались к результатам лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. Юноши с преимущественно астеническими проявлениями были истощаемыми, вялыми, ближе к вечеру астенизировались, наблюдались черты метеозависимости, часто беспокоили головные боли, головокружения.

Клиническая иллюстрация 2

Призывник, Александр Д., 20 лет.

«Органическое эмоционально-лабильное расстройство».

Анамнез: Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился первым из трех детей. Беременность у матери протекала с токсикозом на протяжении всего срока, с угрозой прерывания, в связи с чем лежала на сохранении. Роды на 34-й неделе, физиологичные. Родился с обвитием пуповиной вокруг шеи,

закричал после реанимационных мероприятий. Раннее развитие по возрасту – сидеть начал с 7 мес, ходить с 1 года 3 мес. Первые слова после года, фразовая речь с 4 лет. С рождения наблюдался неврологом с диагнозом: Последствия перинатального поражения ЦНС, гипертензионно-гидроцефальный синдром. Рос слабым, часто болел простудными заболеваниями. Аллергологический анамнез не отягощен. ДДУ посещал, долго адаптировался. По характеру формировался обидчивым, вспыльчивым, гиперактивным. Отец умер в 2000г в результате сердечного приступа, в дальнейшем обследуемый воспитывался матерью. Мать много работала, воспитанию сына уделяла мало внимания. В школу пошел с 7 лет. С общеобразовательной программой обучения справлялся, много прогуливал, учился слабо. Классы не дублировал. Закончил 9 классов. В дальнейшем поступил в индустриальный техникум, обучался по специальности автомеханик. Через 3 года был отчислен из-за неуспеваемости. Затем поступил в градостроительный колледж, обучался по специальности менеджмент, после окончания которого был направлен на стационарное обследование районным военкоматом. Имел неоднократные приводы в полицию за распитие спиртных напитков в общественных местах. Судимостей не было. Употребление наркотических веществ отрицает. Курит. Имел черепно-мозговую травму с потерей сознания в 2005г, в результате падения с высоты, лечился стационарно. После выписки продолжительное время беспокоили головные боли. В возрасте 16 лет, после ссоры с девушкой, будучи в состоянии алкогольного опьянения, нанес себе порезы на внутреннюю поверхность левого предплечья. Хотел привлечь на себя ее внимание, «доказать, что любит ее». До настоящей призывной комиссии к психиатру не обращался. К службе в армии относится безразлично.

Объективно: При поступлении жалобы на головные боли, головокружения, эпизодически приступы ортостатической гипотензии, метеозависимость, плохую переносимость транспорта, душных помещений, жары. В беседе контактен. Дистанцию соблюдает. Отвечает по существу, односложно, уклончиво. Память снижена. Внимание истощаемое, отвлекаемое. Мышление обстоятельное, замедленное по темпу переключения ассоциаций. Интеллектуально сохранен.

Эмоционально лабилен, склонен к раздражительности, вспыльчивости. Без активной психопатологической продукции. Наличие суицидальных мыслей отрицает. Критика снижена. В отделении поведение свободное. Фон настроения неустойчивый. Эгоцентричен, в связи с чем был конфликтен. К вечеру нарастала утомляемость, тревога, внутреннее беспокойство, наблюдались колебания артериального давления. Пребыванием в отделении тяготился, жаловался на поверхностный сон с частыми пробуждениями, не приносящий облегчения.

Соматический статус: астенического телосложения. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. На внутренней стороне левого предплечья следы от порезов. Костно-суставная система не деформирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 120/80 мм.рт.ст., пульс 80. Живот при пальпации безболезненный во всех отделах. Стул, диурез в норме.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Реакции зрачков на свет живые. Движения глазных яблок – без ограничений. Корнеальные рефлексы – живые, D=S. Глазные щели - D=S. Носогубные складки – симметричны. Слух - сохранен, нистагм при крайних отведениях глазных яблок отсутствует. Глотание – не изменено, артикуляция речи, фонация – сохранены. Глоточный рефлекс – сохранен, D=S. Uvulae по средней линии, мягкое небо - подвижно. Язык по средней линии. Мышечный тонус верхних и нижних конечностей – норма. Сила мышц - сохранена. Сухожильные и периостальные рефлексы - с рук и коленные живые, D=S, ахилловы равномерно торпидны. Патологические рефлексы - отсутствуют. Чувствительность – сохранена. Координаторные пробы выполняет. Признаки вегетативной лабильности. Менингеальных знаков - нет.

Заключение: Последствия перинатальной патологии ЦНС, астено-вегетативный синдром.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения БЭА мозга с недостаточно организованным, среднечастотным альфа-ритмом с генерализацией в передне-центральные отделы коры. Дисфункция срединных диэнцефальных структур.

Уровень функциональной активности корковых нейронов неустойчив. Реактивной на внешние стимулы ослаблена.

Результаты психологического обследования: Легкое снижение механической памяти при сохранности ассоциативного запоминания. Внимание с нарушением всех характеристик в легкой степени по органическому типу. Мышление замедлено по темпу переключения ассоциаций, с нарушением динамики в виде элементов инертности, с нарушением мотивационного компонента в виде органического компенсаторного резонерства, суждения обстоятельные. Истощаемость психических процессов. Интеллект в рамках нормы (IQ-736). Эмоционально-волевая неустойчивость, ригидность, неконформность, склонность к застреваниям, фиксации на своих переживаниях, избирательность в контактах, снижение контроля за поведением в стрессе. Эгоцентрически обидчив. Раздражительная слабость. Чувствителен к средовым воздействиям. Самооценка снижена. Возможны возбудимые реакции в ответ на запреты и ограничения. Тест Леонгарда-Шмишека выявил циклотимный тип акцентуации характера. Тест Айзенка выявил склонность к экстраверсии и высокий уровень нейротизма. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен средний с тенденцией к среднему уровень тревожности.

Анализ случая: В анамнезе имеет место наследственная отягощенность алкоголизмом со стороны отца, четко прослеживается неблагоприятный органический фон (пернатальная патология, наблюдение у невролога), а так же клиническими проявлениями данного заболевания. Имело место воспитание обследуемого в условиях гипопротекции в неполной семье, а так же наличие правонарушений и приводы в полицию. Самопорезы не имели суицидальной направленности, носили инфантильно-демонстративный характер. На момент обследования юноша критичен к совершенному поступку.

«Умственная отсталость легкой степени» (F70) была выявлена у 5,0% обследуемых. Диагностическими критериями явились: задержка психического развития, развития моторики и навыков самообслуживания, трудности в освоении

чтения и письма, затруднения в сфере школьной успеваемости, коэффициент интеллекта в диапазоне 50-69 баллов, эмоциональная незрелость, сниженная адаптация. Достоверно значим такой фактор как низкий уровень знаний и плохая успеваемость в школе ($p < 0,01$). Из-за слабой успеваемости 70,0% обследуемых переводились по решению медико-педагогической комиссии на обучение по программе 8 вида, дублировали классы 50,0% юношей. Не были переведены на предложенное обучение по коррекционной программе вследствие отказа родителей 30,0%, они продолжили обучение по общеобразовательной программе и формально переводились из класса в класс. Девяти классов не окончили 40,0% призывников с данным диагнозом. После окончания девяти классов школы нигде не работали или неофициально подрабатывали разнорабочими, не имея никакой профессии, 50% обследуемых. Один человек окончил ПУ по строительной специальности. Каких либо интересов и увлечений они не имели. Половина обследуемых с диагнозом «Умственная отсталость легкой степени» – 50,0% воспитывалась в условиях гипопротекции, в конфликтных взаимоотношениях между родителями - 30%. Алкоголизация происходила под влиянием сверстников, причем ранняя алкоголизация встречалась чаще, чем среди призывников, которым был выставлен диагноз «Транзиторное эмоционально-неустойчивое расстройство личности», но в дальнейшем периодическое употребление спиртных напитков встречалась гораздо реже. Часто встречались побеги из дома - 40,0% обследуемых, учет в инспекции по делам несовершеннолетних и приводы в полицию были у 50,0%. Правонарушения также совершались под влиянием сверстников.

Клиническая иллюстрация 3

Призывник, Петр С., 19 лет

«Умственная отсталость легкой степени без нарушений поведения». Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Обследуемый воспитывался матерью вторым из 3-х детей. Беременность у матери протекала на фоне повышенного артериального давления. Роды срочные, родился с обвитием пуповиной вокруг шеи, с явлениями внутриутробной гипоксии, закричал после

реанимационных мероприятий. В раннем развитии несколько отставал в психофизическом развитии – первые слова к двум годам, ходить начал к полутора годам. Воспитывался в условиях гипопротекции. ДДУ посещал с 5 лет, адаптировался с трудом. В школу пошел с 7 лет. Программу общеобразовательной школы не усваивал, дублировал первый класс, по решению медико-педагогической комиссии продолжил обучение по программе VIII вида. Учился слабо, был ведомым членом коллектива, под влиянием сверстников вовлекался в асоциальные компании, часто прогуливал. Закончил 9 классов и курсы в училище по специальности «Каменщик». По характеру ведомый, внушаемый, несамостоятельный. Друзей имеет немного, предпочитает общество ребят младше себя. Приводов в полицию, судимостей не было. Из вредных привычек отмечает курение. Употребление алкоголя, наркотических веществ отрицает. Черепно-мозговые травмы, менингиты, менингоэнцефалиты, операции, хронические соматические и психические заболевания в анамнезе отрицает. Впервые обратились к психиатру в семилетнем возрасте в связи с трудностями обучения, частыми прогулами в школе, был выставлен диагноз: Умственная отсталость легкой степени. Лечения не получал, до призывной комиссии больше к психиатру не обращался. В шестнадцатилетнем возрасте, в компании сверстников нанес порезы ножом на кожу внутренней поверхности левого предплечья «на спор». Наличие суицидальных мыслей на момент совершения поступка отрицает. Настроен на службу в армии.

Объективно: При поступлении жалоб на здоровье не предъявляет. Сознание не нарушено. Контакт доступен в полном объеме. Ориентирован в месте, времени и собственной личности правильно. Фон настроения ровный. Вял, астенизирован. В беседу вступает, на вопросы отвечает в плане заданного, односложно. Суждения примитивные, словарный запас мал. Память снижена. Внимание тугоподвижное. Мышление замедленно по темпу переключения ассоциаций, конкретное. Интеллект низкий. Переносный смысл пословиц недоступен. Обобщает, дифференцирует по второстепенным признакам. Запас общих знаний и представлений мал. Эмоционально незрел, невыразителен.

Активной психопатологической продукции нет. Суицидальные мысли отрицает. Критика снижена. В отделении: пределы палаты покидает редко. Пассивно следует режиму, безынициативен, ничем себя не проявляет. Со сверстниками общается избирательно. Круг интересов на бытовом уровне, в труд не вовлекается. Адаптация в новых условиях снижена.

Соматический статус: астенического телосложения, выглядит моложе своего возраста. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. На внутренней стороне левого предплечья следы от порезов. Костно-суставная система не деформирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 110/80 мм.рт.ст., пульс 87. Живот при пальпации безболезненный во всех отделах. Стул, диурез в норме.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Реакции зрачков на свет живые. Движения глазных яблок – без ограничений. Корнеальные рефлексы – живые, D=S. Глазные щели - D<S. Носогубные складки – симметричны. Слух - сохранен, нистагм при крайних отведениях глазных яблок отсутствует. Глотание – не изменено, артикуляция речи, фонация – сохранены. Глоточный рефлекс – сохранен, D=S. Uvulae по средней линии, мягкое небо - подвижно. Язык по средней линии. Мышечный тонус верхних и нижних конечностей – норма. Сила мышц - сохранена. Сухожильные и периостальные рефлексы - живые, D=S. Патологические рефлексы - отсутствуют. Чувствительность – сохранена. Координаторные пробы выполняет. Вегетативная лабильность. Менингеальных знаков - нет. Заключение: Спондилогенная торакалгия. Астено-вегетативный синдром.

ЭЭГ: Умеренные изменения БЭА мозга с заинтересованностью срединных мезо-диэнцефальных структур в виде дезорганизации корковой ритмики, сглаженности зональных различий, усиления синхронизирующих влияний на кору, доминирования низкочастотного α -ритма с распространением в передние отделы. Уровень функциональной активности корковых нейронов неустойчив, ослаблен тонус лобно-центральных отделов коры. Реактивность на внешние стимулы ослаблена.

По результатам психологического исследования выявлено: Внимание сужено по объему, тугоподвижное. На границе с умеренным снижением всех видов памяти. Интеллектуально снижен (IQ= 65 б.). Мышление замедленное по темпу течения ассоциаций, со снижением уровня обобщений и критичности, с нарушением динамики в виде элементов инертности, суждения детализированные, обстоятельные. Снижение продуктивности умственной работоспособности в легкой степени. Истощаемость психических функций не выявлена. Эмоционально-волевая неустойчивость, неконформность, склонность к фиксации на своих переживаниях, обидчивость, эгоцентризм, подверженность влиянию референтной группы, снижение контроля над поведением в стрессе, снижение социальной адаптации в новых условиях, возможны возбудимые реакции в протест на ограничения и запреты. Тест Леонгарда-Шмишека выявил возбудимый тип акцентуации характера. Тест Айзенка выявил склонность к интроверсии и высокий уровень нейротизма. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен высокий уровень тревожности.

Анализ случая: развитие с задержкой, воспитание в условиях гипопротекции, трудности обучения и перевод на обучение по программе 8 вида. Аутоагрессивная попытка носила инфантильно-подражательный характер, что обусловлено незрелостью эмоционально-волевой сферы, несамостоятельностью, склонностью к подражательству, ведомостью и повышенной подчиняемостью.

Рубрике «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» соответствовала группа подростков с диагнозами «Неврастения» (F48.0), «Обсессивно-компульсивное расстройство» (F42) и представляла 1% наблюдений. Юноша с установленным диагнозом «Неврастения, гипостеническая форма» воспитывался в неполной семье, в условиях доминирующей гипопротекции. В раннем развитии от сверстников не отставал. Рос болезненным, слабым. В 16 лет, под влиянием сверстников, нанес себе несколько порезов на внутреннюю поверхность левого предплечья. Аутоагрессивный акт носил инфантильно-подражательный характер и не имел целью лишения себя жизни.

При стационарном обследовании проявил себя эгоцентрически обидчивым, чувствительным к средовым воздействиям. с заниженной самооценкой.

Призывник, которому был выставлен диагноз «Тревожно-фобическое расстройство», воспитывался в условиях гиперпротекции матерью и бабушкой. В семье был спокойным, ответственным, послушным, робким, повышено эмоциональным, восприимчивым, боялся темноты. В 15 лет появилось немотивированное чувство тревоги, потом появился страх большого скопления людей. В 18 лет после получения повестки из военкомата, нанес себе порезы на кожу предплечья. Аутоагрессивный поступок носил симулятивный характер – «чтобы не забрали в армию». До настоящей призывной комиссии к психиатру не обращался. При наблюдении в отделении жаловался на тревогу, беспокойство, подавленное настроение, страх толпы. Самопорезы объяснял тем, что боится служить, от страха не знал что делать. Эмоционально лабилен, тревожен.

Тест Леонгарда-Шмишека выявил высокие показатели по шкале тревожность, склонность к излишней робости, боязливости, неуверенности в себе, повышенной сенситивности к угрозам, насмешкам. Тест Айзенка выявил склонность к интраверсии и высокий уровень нейротизма. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен высокий уровень тревожности.

На момент обследования 6,5% юношей были признаны психически здоровыми. Все призывники, признанные на момент обследования здоровыми, не имели отягощенности по психическому заболеванию, не имели травм головы, не было суицидальных попыток у родителей, но у 30,8% родители злоупотребляли алкоголем. Патология перинатального периода отсутствовала в 92,3% случаев, в 7,7% информация о раннем развитии отсутствовала. Большинство обследуемых 53,8% воспитывались в гармоничных семьях, потворствующая гиперпротекция встретила в 15,4%, такие типы воспитания как гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, вне семьи наблюдались в 7,7%. Все призывники, признанные на момент обследования здоровыми обучались по

общеобразовательной программе. Успеваемость: удовлетворительная – в 53,8% случаев, хорошая - 46,2%. Неполное среднее образование имели 53,8%, среднее общее 23,1%, среднее специальное - 23,1%. Все призывники, признанные на момент обследования здоровыми, не имели эпизодов ранней алкоголизации, не имели судимости, приводов в полицию, не находились на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, не бродяжничали. Полностью отрицали употребление каннабиноидов 92,3% обследуемых, разово употребляли - 7,7% юношей. Алкоголь не употребляли 53,8% обследуемых, эпизодическое употребление встретилось в 46,2% случаев. Во время стационарного обследования режим отделения не нарушали, охотно помогали персоналу в отделении, понимали необходимость обследования, они проявляли эмоционально-волевую зрелость, были способны руководить своим поведением и прогнозировать результаты своих действий, имели достаточные адаптационные возможности.

Клиническая иллюстрация 4

Призывник Михаил К, 21 год.

«Без психических расстройств»

Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Воспитывался в полной семье. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Родился Старшим из 4-х детей. Рос и развивался правильно. С 3-х лет посещал детский сад, хорошо адаптировался. В школу пошел в 6 лет, учился хорошо, с одноклассниками поддерживал дружеские отношения. Окончил 9 классов и профессиональное училище по специальности автомеханик. Характеристика из училища отражает спокойный, уравновешенный характер. В двенадцатилетнем возрасте, после ссоры с пьяной матерью, нанес самопорезы на кожу левого предплечья. Женат, имеет ребенка. Травмы головы, менингиты, отрицает. Курит, эпизодически алкоголизуется. Употребление наркотических веществ отрицает. При прохождении медкомиссии по линии военкомата был направлен на стационарное психиатрическое освидетельствование в связи с имеющимися следами порезов в области левого запястья.

Контакту доступен в полном объеме. Ориентирован во всех видах правильно. Фон настроения ровный, устойчивый. На вопросы отвечал по существу, подробно. Память, внимание без выраженных нарушений. Мышление последовательное, логичное. К эпизоду аутоагрессии относится критично, наличие суицидальных мыслей на момент его совершения отрицает, хотел обратить внимание матери на себя. О содеянном сожалеет. Эмоциональные реакции живые, адекватные. Активной психопродукции в виде бреда, обманов восприятия не обнаруживал. Поведение в отделении носило упорядоченный характер, участвовал в трудовых процессах, с окружающими был в меру общительным. Легко адаптировался к режиму отделения. Имел планы на будущее, положительно относился к перспективе службы в армии.

Соматический статус: Правильного телосложения. В области внутренней поверхности левого предплечья следы нескольких порезов с наружной стороны. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные. АД 120/70. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Реакции зрачков на свет живые. Движения глазных яблок – без ограничений. Корнеальные рефлексы – живые, D=S. Глазные щели – D=S. Носогубные складки – симметричны. Слух - сохранен, нистагм при крайних отведениях глазных яблок отсутствует. Глотание – не изменено, артикуляция речи, фонация – сохранены. Глоточный рефлекс – сохранен, D=S. Uvulae по средней линии, мягкое небо - подвижно. Язык по средней линии. Мышечный тонус верхних и нижних конечностей – норма. Сила мышц - сохранена. Сухожильные и периостальные рефлексы - живые, D=S. Патологические рефлексы - отсутствуют. Чувствительность – сохранена. Координаторные пробы выполняет. Менингеальных знаков - нет.

ЭЭГ: Легкие изменения БЭА мозга. Медленная активность без особенностей. Реактивность коры достаточная. Пароксизмальной и эпилептической активности не выявлено.

Психологическое обследование: Мнестико-интеллектуальные процессы в рамках возрастной нормы и полученного образования. IQ-82б. Внимание устойчивое, полного объема. Мышление последовательное, логичное. На момент

обследования эмоционально адекватен. Контроль за поведением достаточный. Критические способности, адаптация достаточные. Тест Леонгарда-Шмишека выявил у него гипертимную акцентуацию. Тест Айзенка выявил склонность к экстраверсии и эмоциональную устойчивость. При оценке уровня проявлений тревожности тест Тейлора выявил низкий уровень тревожности.

Анализ случая: Таким образом, как видно из представленной истории болезни, призывник воспитывался в полной семье. Рос и развивался нормально. В подростковом возрасте в период пубертатного криза на фоне эмоционально - волевой незрелости, инфантильности, находясь под влиянием психологически значимой стрессовой ситуации нанес порезу на кожу предплечья. После достижения цели критически относился к совершенному. В последующем социально адаптирован, с активной жизненной позицией.

Изучение психических расстройств у лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе представляет определенную трудность, в связи с тем, что юноши не обращаются за медицинской помощью и попадают в поле зрения психиатра только во время проведения призывной комиссии.

3.2. Индивидуально-личностные характеристики лиц призывного и допризывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе

В таблице 2 представлено распределение лиц допризывного и призывного возраста по типам акцентуации характера (тест Леонгарда-Шмишека).

Таблица 2 - Распределение лиц допризывного и призывного возраста по типам акцентуации характера (тест Леонгарда-Шмишека)

Тип акцентуации характера	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
демонстративный	43	21,5
застревающий	11	5,5
педантичный	1	0,5

Тип акцентуации характера	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
возбудимый	36	18,0
гипертимический	32	16,0
дистимический	8	4,0
тревожный	12	6,0
экзальтированный	17	8,5
эмотивный	13	6,5
циклотимный	21	10,5
акцентуация не выявлена	6	3,0
итого	200	100,0

При исследовании индивидуально-психологических особенностей у лиц допризывного и призывного возраста типы акцентуации характера распределились следующим образом: демонстративный тип акцентуации представлен у 21,5% обследуемых. Такие подростки со свойственной им демонстративностью и претенциозностью эмоциональных реакций часто совершают демонстративные суицидальные действия. Возбудимый тип акцентуации представлен у 18,0% от общего числа респондентов. При акцентуациях этого типа встречается демонстративное аутоагрессивное поведение, а аддиктивное поведение оказывается одним из частных проявлений аутоагрессии в этих случаях. Подростки с такой акцентуацией в состоянии одиночества и в безысходной ситуации направляют свою агрессию на самого себя. Они наносят себе порезы, ожоги, имеют мазохистские наклонности. На фоне тяжелых дисфорий возможны истинные суицидальные поступки. Гипертимный тип акцентуации выявлен у 16,0% обследуемых. Склонность к аутоагрессивному поведению гипертимов обусловлена не столько выраженными асоциальными установками, сколько легкомыслием, гиперактивностью, реакцией группирования и тягой к риску, пренебрежению опасностью и часто совершают аутоагрессивные действия во время сильных эмоциональных переживаний. У лиц циклоидного

типа, который представлен у 10,5% юношей, особенности саморазрушающего поведения зависят от фазы аффекта: в гипертимной фазе оно ничем не отличается от такового при гипертимной акцентуации, а в субдепрессивной – возможны аутоагрессивные действия, совершаемые на высоте аффекта. Такие подростки склонны к правонарушениям, они легко вовлекаются в асоциальные компании, но удовольствия от этого не получают, а ведут себя так, как-будто ищут наказания. Главной чертой экзальтированной личности, представленной у 8,5% подростков, является бурная реакция на происходящее. Их отличает крайняя впечатлительность по поводу любого события или факта. При этом внутренняя впечатлительность и склонность к переживаниям находят в их поведении яркое внешнее выражение. Аутоагрессивное поведение отличается принятием быстрого решения, желание что-то с собой сделать с демонстративной или манипулятивной целью. Эмотивный тип акцентуации выявлен у 6,5% подростков. Главной особенностью эмотивной личности является высокая чувствительность и глубокие реакции в области тонких эмоций. Характерны мягкосердечие, доброта, задушевность, эмоциональная отзывчивость, высоко развитая эмпатия. Главным мотивом аутоагрессии служит не столько желание умереть, сколько «сделать с собой что-нибудь». Подростки с тревожным типом акцентуации - 6,0%, чаще страдают от чувства собственной неполноценности, легко впадают в реактивные депрессии, переживаниями с другими не делятся. У них происходит долгое вызревание суицидальных намерений с неожиданной их реализацией. Застревающий тип акцентуации выявлен у 5,5% подростков. Основой этого типа акцентуации личности является патологическая стойкость аффекта. Аффект у такой личности держится очень долгое время, хотя никакие новые переживания его не активизируют. Мотивом аутоагрессивного поведения часто служит доказательство собственной значимости, способность терпеть боль, быть «не хуже других». Дистимический тип акцентуации представлен у 4,0% юношей. У таких подростков пусковым механизмом самоповреждающего поведения являются аффекты, отчаяние, желание навредить себе. Педантичный тип акцентуации характера представлен у одного человека. Представители этого типа

характеризуются нерешительностью, испытывают страх ответственности и, в целом, не склонны к аутоагрессивному поведению. Подобное поведение появляется в состоянии выраженного расстройства адаптации. У 3,0% акцентуации характера не выявлено.

По типам темперамента, определенным при помощи личностного опросника Айзенка, обследуемые с аутоагрессивным поведением в анамнезе распределились следующим образом. Специфическими особенностями меланхолического (38,0% случаев) и холерического (22,5% случаев) типов темперамента считается сочетание впечатлительности, повышенной эмоциональной ранимости и склонности к выраженному аффективному реагированию в конфликтных ситуациях, особенно возникающих неожиданно. Отличия холерического и меланхолического типов темперамента заключаются в разной представленности импульсивности. У холерика повышенная эмоциональность сочетается с быстро возникающими и также быстро исчезающими аффектами различной модальности и нередко экстрапунитивной направленности — вспышками гнева, раздражительности; страха, ажитации и паники, радости и экстаза. У меланхолика эмоциональные переживания носят, как правило, более длительный характер. Они возникают медленнее, но и медленнее редуцируются. Отмечается склонность к застреванию на определенных эмоциональных переживаниях различной модальности и интрапунитивной направленности — депрессия, тоска, печаль, чувство вины, стыда, застенчивости. По параметру пониженной эмоциональности (впечатлительности) сходны сангвиник (29,05% случаев) и флегматик (10,5% случаев). Внешне снижение уровня впечатлительности проявляется у них более спокойным отношением к неприятностям, психотравмам, конфликтам. Различия эмоциональной сферы сангвиника и флегматика заключаются в преобладающей модальности немногочисленных и слабых проявлений эмоциональности. Флегматик, как правило, безразличен ко многим сторонам жизни с силу инертности познавательных процессов, тогда как сангвиник реагирует на многие ситуации, но «не принимает близко к сердцу». Параметр импульсивности, по которому

схожими являются холерик с сангвиником (высокий уровень) и меланхолик с флегматиком (низкий уровень), клиническим отражается в быстроте сенсомоторных реакций, активности, настойчивости, решительности.

Уровень тревожности оценивался по шкале личностных проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина). По уровню тревожности лица допризывного и призывного возраста распределились следующим образом: большинство респондентов выявило средний уровень тревожности, с тенденцией к низкому (5-15 баллов) – 57,5%, средний уровень с тенденцией к высокому (15-25 баллов) показали 23,5% юношей, низкий уровень (0-5 баллов) выявлен в 11,0%, высокий (25-40 баллов) – в 8,0%.

3.3 Характеристика аутоагрессивного поведения (ситуационные факторы, мотивы, типы аутоагрессивного поведения, способы причинения себе вреда)

Характеристика аутоагрессивного поведения представлена с учетом возраста, ситуационных факторов, мотивов, типов аутоагрессивного поведения, способов причинения себе вреда.

В таблице 3 отражен возраст обследуемого на момент совершения аутоагрессивного поступка.

Таблица 3 – Возраст обследуемого на момент совершения аутоагрессивного поступка

Возраст (лет)	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
13-14	38	19,0
15-16	67	33,5
17-18	61	30,5
19-20	23	11,5
21-22	6	3,0

Возраст (лет)	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
23 и более	5	2,5
итого	200	100,0

Подавляющее большинство эпизодов аутоагрессивного поведения совершалось в возрасте 13-18 лет - 83,0%. Из них: в 13-14 лет –19,0%, 15-16 лет – 33,5%, 17-18 лет – 30,5%. Гораздо меньше аутоагрессивных актов совершается после 19 лет - 19-20 лет -11,5%, старше 21 года – 5,5%.

Полученные данные отражают тот факт, что ребенок именно в возрасте от 13 до 18 лет подвержен влиянию социально-психологических факторов со стороны окружающих его значимых лиц, прежде всего родителей. Проблемы семьи, вызывают у ребенка сложное чувство сопричастности и определенной ответственности за них.

Большинство обследуемых – 79,5% нанесли себе повреждение однократно, в 20,5% случаев имели место повторные эпизоды аутоагрессии. Употребление алкоголя на момент совершения самоповреждения было в 58,0% случаев. Чаще всего призывник употреблял алкоголь в компании и после этого в одиночестве причинял себе вред. В ряде случаев алкоголь использовался для притупления чувства страха. В остальных 42,0% случаях алкоголизация отрицалась.

Для совершения аутоагрессивных попыток подростки применяли самопорезы предплечий в 88,5% случаев. Значительно реже встречались самоотравления медикаментами, самоповешения и прижигания сигаретой, составившие в общей сложности 11,5%. Серьезные способы покушения на жизнь исследуемому контингенту не характерны. Практически ни один из подростков, совершивших суицидальные попытки, за медицинской помощью не обращался и каких-либо серьезных соматических осложнений постсуицидального периода не наблюдалось.

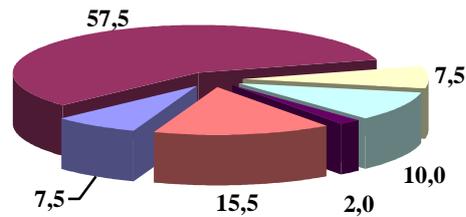
На рисунке 2 видно, что в большинстве случаев - 56,0% аутоагрессивное поведения совершалось после ссоры с девушкой, с целью доказать свою любовь.

В компании сверстников, во время «обряда братания», «на слабо», «чтобы доказать отсутствие страха перед болью», в том числе находясь в СИЗО, аутоагрессивный поступок совершили 16,5% обследуемых. Для 19,5% обследуемых мотивом послужили плохие взаимоотношения с родителями и близкими родственниками, из них 5,0% человек нанесли себе повреждения после смерти кого-то из родственников. Без определенного мотива, на фоне острой алкогольной интоксикации, совершили аутоагрессивное действие 2,0% обследуемых. Чувство одиночества, как мотив, указали 0,5% обследуемых. Затруднились указать какую-то определенную причину 5,5% юношей.



Рисунок 2 –Распределение по мотивам совершения аутоагрессивного акта лицами призывного и допризывного возраста

Рисунок 3 отражает процентное распределение обследуемых по типам аутоагрессивного поведения.



- манипулятивный
- инфантильно-демонстративный
- по типу «призыв»
- инфантильно-подражательный
- симулятивный
- релаксационный

Рисунок 3 – Процентное распределение по типам аутоагрессивного поведения

Как видно на рисунке 3, основным типом аутоагрессивного поведения стал инфантильно-демонстративный, который включает в себя мотивы доказательства любви, самоутверждения, «на спор», «как все», представленный в 57,5% случаев. В 15,5% случаев типом аутоагрессивного поступка явился релаксационный, основной целью которого было снятие эмоционального напряжения. Инфантильно-подражательный тип представлен в 10,0%, основной целью которого являлось доказательство своей «силы воли» в компании сверстников. По 7,5% разделили поведение по типу «призыв» и манипулятивный, которые совершались в основном после конфликтов с ближайшими родственниками с целью обратить на себя внимание или повлиять на их поведение посредством причинения себе вреда. По типу симуляции суицидального поведения нанесли самоповреждения 2,0% испытуемых. Из них 1,5% из-за страха пойти в армию и 0,5% из-за страха издевательств со стороны сверстников.

3.4 Комплексная оценка биологических и социально-психологических предикторов, влияющих на формирование аутоагрессивного поведения

Из 200 обследованных юношей обращались за психиатрической помощью 21 человек (10,5%), 179 (89,5%) до прохождения призывной комиссии никогда не обращались к психиатру.

Отягощенность психическими заболеваниями наблюдалась в 3,5% случаев, злоупотребление родственниками алкоголем - 22,0%, наркомания – в 2,0%. Завершенные суициды у ближайших родственников была выявлены в 4,0% случаев.

Резидуально-органическая патология зачастую является фоном для возникновения психических расстройств, и основное место здесь принадлежит так называемым ранним резидуальным церебрально-органическим нарушениям, обусловленным внутриутробными, перинатальными и ранними постнатальными поражениями мозга. В таблице 4 представлена частота распространения патологии перинатального периода у лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе.

Таблица 4 – Распределение обследуемых по наличию перинатальной патологии

	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
патология беременности	20	10,0
патология родов	17	8,5
сочетанная патология беременности и родов	30	15,0
информации нет	29	14,5
без патологии	104	52,0
итого	200	100,0

Патология беременности выявлена в 10,0% случаев, патология родов – 8,5%. Сочетанная патология беременности и родов была выявлена у 15,0% всех обследуемых. Эти нарушения стали основой формирования органических аффективных расстройств, умственной отсталости, тревожно-фобических расстройств, неврастении. В 14,5% случаев достоверной информации о раннем

развитии получено не было вследствие воспитания призывников в приемных семьях, опекунами, ближайшими родственниками, а так же в условиях гипоопеки и в асоциальных семьях, когда родители не уделяют достаточного внимания ребенку и не обращались за медицинской помощью или медицинская документация была утеряна. В 52,0% случаев перинатальной патологии выявлено не было.

Неблагоприятным микросоциальным фактором поведенческих нарушений у подростков является неполная семья. В большинстве случаев призывники, совершившие самоповреждающие действия, воспитывались в неполной семье, в 52,0% случаев это была только мать и в 5,0% случаев – отец. Бабушкой, дедушкой или другими родственниками – 7,5%. В 6,0% случаев обследуемые находились под опекой государства или воспитывались в приемной семье.

Причинами отсутствия родителей явились: лишение родительских прав - в 7,0%, смерть одного из родителей: мать 7,0%, отец – 17,0%. Основной причиной отсутствия одного из родителей в семье являлся развод – в 41,0% случаев. В 10,5% случаев достоверной информации получено не было.

К неблагоприятным социально-психологическим факторам, следует относить и неправильное воспитание. Типы воспитания, встречающиеся в семьях обследуемых, представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Распределение по типам воспитания (по А.Е.Личко) среди лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе.

Тип воспитания	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
гипопротекция	111	55,5
доминирующая гиперпротекция	11	5,5
потворствующая гиперпротекция («кумир семьи»)	40	20,0
эмоциональное отвержение («Золушка»)	3	1,5
жесткие взаимоотношения	5	2,5
повышенная моральная ответственность	1	0,5
потворствующая гипопротекция	4	2,0

Тип воспитания	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
культ болезни	1	0,5
воспитание вне семьи	9	4,5
гармоничное воспитание	15	7,5
итого	200	100,0

В подавляющем большинстве случаев призывники воспитывались в условиях гипопротекции – 55,5%. Характерной особенностью этого типа воспитания является то, что ребенок воспитывается в недостатке теплоты и заботы. Родители не уделяют должного внимания воспитанию ребенка, обвиняют в недостатках, просчетах (слабой успеваемости, конфликтах со сверстниками). Такая тенденция служила одним из поводов раннего вовлечения в подростковые компании, начало курения табака, употребления алкогольных напитков. Формируется так называемый порочный круг, с одной стороны — недостаток внимания, с другой - обвинения в «плохом» поведении, что ведет за собой рост эмоциональной напряженности.

Воспитание в стиле потворствующей гиперпротекции встретилось в 20,0% случаев и реализовывалось не столько родителями, сколько бабушками и дедушками, которые занимались воспитанием описываемого контингента. Ребенок растет в атмосфере похвал, обожания, восхищения зачастую мнимыми талантами и преувеличением действительных способностей. Это культивирует эгоцентрическое желание всегда быть в центре внимания окружающих, а все желаемое получать с легкостью, без особого труда. Излишняя забота, помощь в приготовлении домашних заданий, ограждение от работы по дому, формировало негативное отношение к обязанностям и затрудняло формирование чувства долга. В последующем, при возникновении ситуаций, где необходимо было принимать решения, исследуемые затруднялись самостоятельно найти выход из сложившейся ситуации, реагировали на свою несостоятельность очень

эмоционально. Такой тип воспитания приводит к формированию демонстративных, истероидных черт характера.

Доминирующая гиперпротекция встретилась в 5,5%. Этот тип воспитания характеризуется чрезмерной опекой, мелочным контролем за каждым шагом и вырастает в целую систему постоянных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за подростком. Гиперпротекция не дает возможности учиться на собственном опыте, разумно пользоваться свободой, не формирует чувства самостоятельности, подавляет чувство ответственности и долга, ибо если за подростка все решают и все ему указывают, то он приходит к убеждению, что сам он может ни за что не отвечать. Такой тип воспитания усиливает астенические черты характера.

В стиле эмоционального отвержения воспитывались 1,5% подростков. При этом виде воспитания подросток постоянно ощущает, что им тяготятся, что он обуза для родителей, что без него им было бы лучше и свободнее. Еще более ситуация усугубляется, когда есть рядом кто-то другой — брат или сестра, особенно сводные, отчим или мачеха, кто гораздо «дороже и любимее». Способствует формированию возбудимых (эпилептоидных) черт характера.

В условиях жестких взаимоотношений воспитывались 2,5% юношей. Эти условия нередко сочетаются с крайней степенью эмоционального отвержения. Жестокое отношение может проявляться открыто — суровыми расправами за мелкие проступки, а еще более тем, что на ребенке «срывают зло». Это воспитание в условиях душевного безразличия друг к другу, полного пренебрежения к интересам и тревогам других членов семьи - все это может быть без громких скандалов, без драк и избиений, но не может не отразиться на детях. Система жестоких взаимоотношений часто встречается в учреждениях для подростков, особенно трудных и делинквентных. Формируется склонность к конфликтам, фиксируются агрессивные модели поведения.

Потворствующая гипопротекция встретилась при воспитании 1,0% призывников. Бесконтрольность и вседозволенность в отношении родителей к подростку сочетается с некритическим отношением их к его поведению. Родители

стараятся всегда оправдать подростка, переложить его вину на других, оградить от общественного порицания и от наказания. Зачастую такой тип воспитания приводит к поиску новых контактов вне дома, вовлечению в асоциальные компании, фиксации девиантных форм поведения.

Культ болезни в семье встретился при воспитании одного подростка, попавшего в исследование. Преувеличенные заботы о здоровье, фиксация на режиме и лечении заболеваний. В итоге такое воспитание способствует инфантилизации, эгоистической фиксации на заботах о собственном здоровье, развитию своего рода рентных установок с завышенными притязаниями. На любые трудности становится ведущим истерический способ реагирования с ипохондрическими внешними проявлениями.

Один подросток воспитывался в условиях повышенной моральной ответственности.

Вне семьи воспитывались 4,5% юношей. В таких условиях неблагоприятно сказывается порой чрезмерно строгий режим, жестоких взаимоотношений между воспитанниками недостаток эмоционального тепла со стороны воспитателей. Формируются возбудимые черты, жестокость, конфликтность.

Гармоничный тип воспитания наблюдался в 7,5% случаев. В таких семьях ребёнок является желанным, рождается, воспитывается и растёт в тёплой и дружественной атмосфере. Дети такого стиля воспитания уже в раннем детстве показывают свою рассудительность и мотивируют свои поступки. Родители требуют от детей осознания своих поступков и действий. Они сами поступают по отношению к своим детям мотивированно и осознанно.

В комплекс коррелируемых признаков, формирующих аутоагрессивное поведение, вошел и такой признак как интересы вне учёбы, процентное распределение которого отражен в таблице 6.

Таблица 6 – Распределение обследуемых по занятости в свободное время

Интересы вне учебы	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
спортивные секции	42	21,0
неформ. группы, экстрем. виды спорта	5	2,5
увлечение техникой	11	5,5
общественная работа	1	0,5
времяпрепровождение без цели	124	62,0
музыка, игра в муз. группе	6	3,0
компьютеры, компьютерные игры	11	5,5
итого	200	100,0

По степени занятости свободного времени призывники разделились следующим образом: подавляющее большинство - 62,0% обследуемых никакого хобби не имели, ничем не интересовались, свободное время проводили праздно. Посещали спортивные секции 21,0% обследуемых. Чаще всего это был футбол, силовые виды спорта. Увлекались техникой, ремонтом автомобилей, мотоциклов 5,5% юношей. Столько же юношей своим хобби назвали компьютерные игры, преимущественно это сетевые онлайн игры. Играли в музыкальных группах, сочиняли музыку и слова песен, выступали на концертах местного уровня 3,0% обследуемых. Занятия экстремальными видами спорта (скейтбординг, BMX) указали 2,5% человек. Всего 0,5% юношей в свое свободное время были заняты общественной работой, состояли в комитете по делам молодежи, увлекались политикой.

Патохарактерологические формирования личности являются прогностически неблагоприятным фактором в плане формирования

аутоагрессивного поведения. Наличие и характер патохарактерологических реакций отражен в таблице 7.

Таблица 7 – Распределение обследуемых по наличию патохарактерологических реакций

Патохарактерологические реакции	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
отказа	1	0,5
оппозиции	60	30,0
имитации	6	3,0
группирования	50	25,0
эмансипации	44	22,0
не было	39	19,5
итого	200	100,0

В большинстве случаев - 30,0% обследуемых встретилась реакция оппозиции. Она проявлялась различными вербальными проявлениями агрессии - нецензурной бранью, угрозами, грубостью, а так же непослушанием, неподчинением, агрессивными действиями. Реакция группирования встретилась в 25,0% случаев. Этот вид реакции проявлялся в стремлении подростков образовывать группы, в которых устанавливаются определенные неформальные отношения, имеются свои лидеры и исполнители. Такие группы отличались асоциальным поведением. Реакция эмансипации в большем или меньшем ее проявлении встретилась у 22,0% призывников. Она проявлялась стремлением к независимости, протестом против опеки, установленных правил, неподчинением, побегам. Реакция имитации встретилась 3,0% случаев. Имитировалось поведение лидеров неформальной группы, в большей степени отрицательное - курение, употребление спиртных напитков и делинквентности. Реакция отказа, которая проявляется снижением стремления к контактам с окружающими,

встретилась в 0,5% случаев. Такие люди малообщительны, испытывают страх перед новым, стремятся к уединению. В 19,5% случаев четко очерченных патохарактерологических реакций выявлено не было.

Наличие девиантного поведения (ранняя алкоголизация, хулиганские действия, агрессивное поведения, правонарушения, наличие судимостей), особенно при патохарактерологических формированиях личности, в значительной мере облегчают формирование паттернов аутоагрессивного поведения. Асоциальное поведение подростков с аутоагрессивным поведением в анамнезе отражено в таблицах 8 и 9.

Таблица 8 – Распределение поведенческих девиаций лиц призывного и допризывного возраста

	Побеги из дома, бродяжничество		Ранняя алкоголизация		Агрессивное поведение	
	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
да	24	12,0	42	21,0	66	33,0
нет	176	88,0	158	79,0	134	67,0
итого	200	100,0	200	100,0	200	100,0

По анамнестическим сведениям у 12,0% юношей наблюдались такие девиации поведения как побеги из дома, бродяжничество. У 21,0% имела место ранняя алкоголизация. Агрессивное поведение наблюдалось у 33,0%.

Таблица 9 – Распределение обследуемых по наличию правонарушений

	приводы в полицию		учет в ИДН		судимости	
	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
нет	147	73,5	188	94,0	161	80,5
да	53	26,5	12	6,0	39	19,5
итого	200	100,0	200	100,0	200	100,0

Имели приводы в полицию 26,5% обследуемых. Состояли в инспекции по делам несовершеннолетних 6,0%. Судимости на момент обследования имели 39 призывников, что составляет 19,5% от всех обследуемых.

Алкоголизация и употребление каннабиноидов достаточно часто встречается у лиц с аутоагрессивным поведением. Эти данные отражены в таблица 10.

Таблица 10 – Распределение обследуемых по частоте употребления алкоголя и каннабиноидов

	Употребление алкоголя		Употребление каннабиноидов	
	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке	Частота встречаемости (абс.)	% в общей выборке
употребляет эпизодически	115	57,5	9	4,5
употребляет регулярно	52	26,0	1	0,5
псевдозапой	1	0,5	--	--
разово	--	--	35	17,5
не употребляет	32	16,0	155	77,5
итого	200	100,0	200	100,0

На момент обследования 57,5% юношей продолжали употреблять алкоголь эпизодически и 26,5% употребляли регулярно. Псевдозапойная форма употребления встретилась в 0,5%. Каннабиноиды употребляли 22,5% обследуемых, из них – 5,0% продолжали делать это регулярно и находились на учете в наркодиспансере.

ГЛАВА 4. ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕЦИФИКИ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРЕДИКТОРОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ФОРМИРОВАНИИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Был проведен скрининг факторов по критерию силы связи с ведущим диагнозом. Были выявлены факторы, для которых корреляция Спирмена и гамма имеют статистически значимую корреляцию ($p < 0,05$) с переменной ведущий диагноз: неполная семья (отсутствие отца, отсутствие матери и причины ее отсутствия), асоциальное поведение матери, образование матери, образование и вид обучения обследуемого, патохарактерологические реакции, отсутствие занятости в свободное время, отношение к алкоголю, уровень тревоги, патология перинатального периода, ЧМТ в анамнезе, отношение к службе в армии. Однако, существуют признаки, имеющие относительно слабые, почти нулевые, связи, что вместе с существованием сильных свидетельствует в пользу структурированности комплекса, его подразделённости на отдельные тесно связанные группы признаков. Таким образом, подростка с аутоагрессивным поведением характеризует комплекс из 15 признаков – клинических, социальных и личностных. Для более детальной оценки взаимосвязи этих факторов были построены таблицы сопряженности с переменной ведущий диагноз. Оценка корреляции этих факторов в отдельных нозологиях позволила получить более высокие значения связи между показателями.

Среди факторов, оказывающих влияние на возникновение аутоагрессивного поведения, выявлена группа факторов, которые можно отнести в категорию биологических. Это наличие перинатальной патологии и наличие ЧМТ в анамнезе.

В числе предусмотренных картой-опросником значились такие формы патологии как: патология беременности (угроза выкидыша, недонашивание, перенашивание, поздние токсикозы беременных), патология родов (быстрые и

затяжные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии предлежания плода, патология пуповины и плаценты в родах, несвоевременное или травматичное проведение оперативных родоразрешающих вмешательств) и перинатальная патология. Так, патология беременности наиболее часто встретилась в группе с умственной отсталостью - 20,0%, затем следует группа с органическими расстройствами – 13,8%, расстройством личности – 9,2% и у подростка с тревожно-фобическим расстройством.

Частота патологии во время родов у матери наиболее высока у лиц с органическим расстройством – 20,7% и расстройством личности – 7,0%. Патология перинатального периода с наибольшей частотой встретилась среди лиц с органическими расстройствами - 37,9% и умственной отсталостью - 50,9%. Гораздо меньшее представительство в этой группе лиц с расстройством личности – 9,9%.

Без патологии наиболее часто протекала беременность матерей тех обследуемых, которые имели диагноз расстройство личности (56,3%). За этой группой, с меньшей частотой нормально протекающей беременности, следуют группы с невротическими расстройствами, умственной отсталостью (10,0%) и признанные здоровыми (92,4%). Беременность у матерей обследуемых с выставленным диагнозом органическое расстройство протекала без какой либо патологии в 27,6% случаев.

Довольно часто при проведении стационарной обследования подростков-призывников приходится сталкиваться с недостоверными анамнестическими сведениями о наличии или отсутствии черепно-мозговой травмы. В изучаемой выборке у 50,0% с невротическими расстройствами была черепно-мозговая травма в анамнезе. В группе с органическим поражением ЦНС у 34,5% обследуемых сведения о ЧМТ отсутствуют. В этих случаях объективное обследование подростков в стационаре (ЭЭГ, ЭХО, неврологический статус) в большинстве случаев подтверждает вероятность незарегистрированной ЧМТ. Значимость именно стационарного обследования очевидна, поскольку в его ходе выявляется около 50% случаев органического поражения ЦНС травматического

генеза. Анализируя группу призывников с органическим расстройством, 41,4% призывников имели однократную ЧМТ, 24,1% - повторные травмы головы. Среди лиц с расстройствами личности 62,7% обследуемых отрицали травматическое повреждение головного мозга в анамнезе, 23,9% отметили, что имели одну ЧМТ и 13,4% - повторные. Лица с легкой умственной отсталостью в 30,0% не имели ЧМТ, 30,0% имели однократную ЧМТ, 40,0% - повторные. Все обследуемые призывники, признанные здоровыми отрицают наличие ЧМТ в анамнезе и не имели существенных отклонений от нормы при регистрации ЭЭГ, ЭХО, при консультации неврологом патологии так же не было выявлено.

К категории личностных особенностей у лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе относится уровень тревожности ($\chi^2 = 0,3198128$, $p < 0,05$).

По уровню тревожности призывники распределились следующим образом: среди лиц с высоким уровнем тревожности (25-40 баллов) все представители тревожно-фобических расстройств, шизоидного расстройства личности, 13,8% лиц с органическими расстройствами, 6,3% лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, 10,0% - с умственной отсталостью. Средний, ближе к высокому, уровень тревожности (15-25 баллов) выявлен у 37,9% лиц с органическими расстройствами, у всех лиц с инфантильным расстройством личности и неврастенией, у 19,0% - с эмоционально-неустойчивым расстройством личности и 50% лиц с умственной отсталостью и астеническим расстройством личности и 7,7% лиц, признанных здоровыми. Лица со средним, ближе к низкому, уровнем тревожности (5-15 баллов) обследуемые распределились следующим образом: больше всего – 66,2% - представителей лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, 50% юношей с астеническим расстройством личности, 48,3% лиц с органическими расстройствами, с легкой умственной отсталостью – 40,0% и 15,4% лиц, которым выставлен диагноз «без психических расстройств». Низкий уровень тревожности (0-5 баллов) выявлен у 8,45% лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. Среди призывников, признанных здоровыми 76,9% - с низким уровнем тревожности и 23,08% - со средним уровнем.

В группу социальных факторов, оказывающих влияние на возникновение аутоагрессивного поведения, вошли признаки, отражающие уровень образования родителей ($\chi^2 = 0,162006$, $p < 0,05$) и самого призывника ($\chi^2 = 0,167537$, $p < 0,05$), вид обучения ($\chi^2 = 0,358986$, $p < 0,05$), а так же воспитание в неполных семьях, асоциальное поведение родителей, алкоголизация.

Высшее образование у матерей встретилось в семьях призывников с органическим расстройством (17,2%), невротическими расстройствами (100,0%), расстройствами личности (8,5%), а так же обследуемых, признанных психически здоровыми (23,1%). Средне-специальное образование матерей преобладало в семьях призывников, у которых было диагностировано органическое расстройство и расстройства личности – 68,9% и 68,3% соответственно, меньший процент наблюдался в семьях юношей, признанных здоровыми – 61,6% и умственно отсталых – 40,0%. Частота матерей, окончивших только девять классов выше в семьях юношей с умственной отсталостью – 50,0%, и гораздо ниже в семьях подростков, признанных здоровыми – 7,7%, органическими расстройствами – 6,9% и расстройствами личности – 6,3%. больше в группе обследуемых с умственной отсталостью достоверно выше.

Тесную связь с уровнем образования родителей обнаруживает и уровень образования самого обследуемого. Частота наименее образованных, а именно, не завершивших среднее образование, наиболее высока в группе лиц с умственной отсталостью – 40,0%. Среди них совсем отсутствуют люди с высшим образованием, и особенно высока частота лиц, обучавшихся по коррекционной программе - 70,0%. Среди обследуемых без психических расстройств большее число окончивших 11 классов - 23,1% и 9 классов – 53,8%, а также отсутствуют лица не окончившие девять классов. Призывников, получивших неполное среднее образование, с расстройствами личности и органическими расстройствами, приблизительно одинаковое количество – 52,1% и 48,3% соответственно и близко к числу признанных здоровыми. В то время как окончивших 11 классов значительно меньше – 12,7% и 6,9%. Среднее специальное образование преимущественно имели лица с органическими расстройствами - 44,8%, далее по

частоте следуют лица с расстройствами личности – 30,3% и призывники, признанные психически здоровыми. Среднее специальное образование лица с умственной отсталостью получают на порядок реже, чем обследуемые других нозологических групп – 10,0%.

Необходимо отметить, что высокий процент обучения по коррекционной программе у лиц с расстройствами личности обусловлен тем, что они воспитывались в неполных, асоциальных, приемных семьях, когда матерям предлагалось обучение в школах интернатах по коррекционной программе. А наличие лиц обучающихся по общеобразовательной программе среди призывников с ведущим диагнозом умственная отсталость связан с тем, что родители отказывались от предложенного их детям коррекционного вида обучения. Совершенно закономерно, что лица с умственной отсталостью обучались преимущественно по программе 8 вида, а лица с органическими расстройствами по программе 7 вида. Все обследуемые признанные здоровыми, лица с невротическими расстройствами, 93,1% лиц с органическим расстройством, 91,5% лиц с расстройствами личности обучались по общеобразовательной программе.

Воспитание в родительской семье, отношение к подростку сказывается на формировании характера, может являться почвой для неблагоприятного течения возрастных кризов, формирования девиантного и аутоагрессивного поведения. Та или иная форма неполноты семьи является достоверно значимым предиктором формирования аутоагрессивного поведения ($\chi^2 = 0,586524$, $p < 0,05$). В неполных семьях воспитывались 70,0% обследуемых.

Без матери воспитывались 18,0% призывников. В результате развода мать отсутствовала у 37,9% юношей с органическими расстройствами, у 5,6% юношей с расстройствами личности, 7,7% признанных здоровыми. По 3,4% случаев у лиц с органическими расстройствами матери не было вследствие смерти и лишения ее родительских прав. У юношей с расстройствами личности по причине лишения родительских прав матери не было в 5,6% случаев, в результате смерти – в 6,3%, не удалось выяснить причину ее отсутствия в 3,5% случаев.

Без отца воспитывались 65,0% юношей. В результате развода отец отсутствовал у 31,0% юношей с органическими расстройствами, у 40,8% юношей с расстройствами личности, 30,8% признанных здоровыми. По причине лишения родительских прав отец отсутствовал в 3,4% семей юношей с органическими расстройствами, 1,4% лиц расстройствами личности и 10,0% семьях лиц с умственной отсталостью. Отец умер в 31,0% семей лиц с органическими расстройствами, в 30,0% семей лиц с умственной отсталостью, в 14,1% - с расстройством личности, у 7,7% юношей признанных здоровыми. Не удалось выяснить причину отсутствия отца в 25,3% случаев.

Злоупотребление алкогольными напитками у матери встретилось в 9,9% семей лиц с расстройствами личности, 6,9% лиц с органическими расстройствами и 10,0% юношей с умственной отсталостью. Судимости у матерей встретились в 3,4% случаев. В дальнейшем такие подростки фиксировали модели поведения родственников. Эти условия микросоциальной среды можно рассматривать в качестве фактора, достоверно влияющего на формирование аутоагрессивного поведения ($\chi^2 = 0,263001$, $p < 0,05$).

Еще одним признаком, достоверно оказывающим влияние на формирование аутоагрессивного поведения, является наличие патохарактерологических реакций в анамнезе ($\chi^2 = 0,243444$, $p < 0,05$). Наиболее часто патохарактерологические реакции встретились у юношей с расстройствами личности: в 35,9% это была реакция оппозиции - эта реакция бывает следствием утраты или резкого уменьшения внимания со стороны матери или близких, появлением в семье отчима или мачехи, в 35,2% - реакция группирования, в 26,1% - реакция эмансипации, которая проявляется желанием высвободиться из-под опеки, контроля и как крайняя форма - побег из дома, бродяжничество. Среди лиц с ведущим клиническим диагнозом органическое расстройство реакция оппозиции и эмансипации представлены в 24,1% и 17,2% соответственно. Лица с умственной отсталостью 50,0% демонстрировали патохарактерологическую реакцию имитации, нетипичную для представителей других нозологий, и только 20,0% - реакцию оппозиции. Среди призывников, признанных здоровыми, у 15,4%

наблюдалась реакция эмансипации. Процент призывников, не имеющих патохарактерологических реакций в анамнезе, в общей выборке составляет 19,5%, в связи с чем можно сделать вывод, что закрепляясь в поведении, патохарактерологические реакции приводят к формированию неадаптивных, в том числе и аутоагрессивных моделей поведения.

Наличие патохарактерологических реакций тесно связано с еще одним признаком, характеризующим лица с аутоагрессивным поведением – это уровень занятости свободного времени ($\chi^2 = 0,388837$, $p < 0,05$). Проведенный анализ данных по времяпрепровождению лиц призывного и допризывного возраста, показал отсутствие увлечений и интересов интеллектуального характера. Среди обследуемых, не имеющих каких-то конкретных увлечений и свободное время проводивших в компании сверстников, лица с умственной отсталостью встречаются наиболее часто - 90,0% случаев, далее следуют обследуемые с расстройствами личности и органическими расстройствами - 60,6% и 79,3% соответственно. Зачастую бесцельное времяпрепровождение сопровождалось вовлечением в асоциальные компании, курением и распитием алкогольных напитков. Среди лиц с расстройством личности и органическими расстройствами в практически равном количестве представлены юноши, увлекающиеся музыкой (3,5% и 3,4% соответственно). Значительную часть лиц, занимавшихся в спортивных секциях, представили обследуемые, признанные здоровыми – 61,5%. Значительно реже занятия спортом встретились среди лиц с расстройством личности - 20,4% и только в рамках этой нозологии встретились юноши, увлекающиеся экстремальными видами спорта. Всего 10,3% обследуемых с органическими расстройствами и 10,0% с умственной отсталостью регулярно посещали спортивные секции. Свободное время за компьютером, игрой в компьютерные игры проводили 7,0% лиц с органическим расстройством и 3,4% лиц с расстройством личности. Представители этих же нозологий в качестве хобби указали увлечение техникой (5,5% лиц с расстройством личности и 3,4% лиц с органическим расстройством).

Отсутствие занятости в свободное время является свидетельством

личностной дисгармонии, незрелости, что в совокупности с наличием психических расстройств, воспитанием в дисгармоничных семьях наличием патохарактерологических реакций приводит к формированию аддиктивного и аутоагрессивного поведения. Организация свободного времени, наличие увлечений способствуют оптимальной социальной адаптации подростков, их личностному росту, а при наличии психической патологии могут являться резервом компенсации.

Вполне закономерна связь с отсутствием каких-либо интересов такого признака, как употребление алкоголя ($\chi^2 = 0,214579$, $p < 0,05$). Среди лиц призывного и допризывного возраста, поступивших на обследование по направлению военкоматов, не было лиц, зависимых от психоактивных веществ, но отмечалось употребление алкоголя и эпизодическое употребление наркотических препаратов. Среди обследуемых, употребляющих алкогольные напитки, практически в равной степени представлены юноши с расстройствами личности и органическими расстройствами - 90,2% и 89,7% соответственно. Среди лиц с умственной отсталостью употребляющих алкоголь было 70,0% и 46,2% лиц, признанных здоровыми. Наибольший процент призывников, не употребляющих алкоголь, встретился в группах с невротическими расстройствами (100%) и юношей признанных здоровыми - 53,8%.

Одним из показателей психологической зрелости и социальной активности является отношение к военной службе ($\chi^2 = 0,345152$, $p < 0,05$). Доля лиц с активной установкой на службу в армии - 36,5%. Наименее часты среди обследуемых лица с формальной установкой на службу - 14,5%. Однако распределение в разных группах по диагнозу отличается от суммарного по совокупности. Большинство лиц с активной установкой на службу - представители группы лиц признанных здоровыми - 100% и с эмоционально-неустойчивым расстройством личности - 35,9%. Гораздо меньше представительство лиц с органическими расстройствами - 24,1%, умственной отсталостью - 10,0%. По классу "формальная установка" лидирует группа лиц с умственной отсталостью - 20,0%, далее следуют лица расстройствами личности -

15,5% и органическим расстройством – 13,8%. Безразлично относятся 15,5% всех юношей, проходящих обследование на направлении военкоматов. По нозологиям обследованный контингент распределился следующим образом – умственная отсталость - 20,0%, органическое расстройство – 17,2% и расстройство личности – 16,9%. Негативное отношение к службе в армии имели 33,5% всех обследуемых. В порядке снижения частоты этого класса группы образовали следующий ряд: 100% лиц с невротическими расстройствами, лица с умственной отсталостью – 50,0%, органическим расстройством – 44,8%, расстройствами личности - 31,7%.

С целью более наглядного отражения корреляций между признаками разных блоков проведён кластерный анализ. Полученная этим методом дендрограмма представлена на рисунке 4.

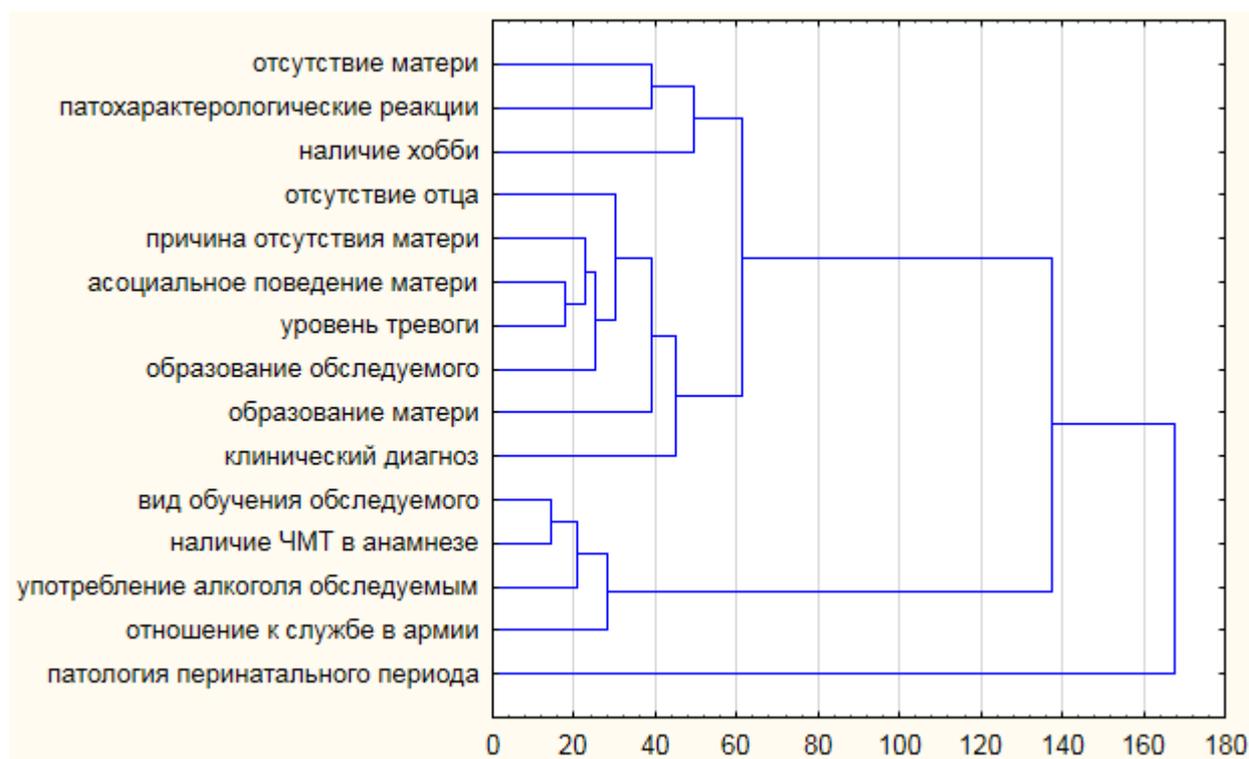


Рисунок 4 – Кластеризация предикторов

Основываясь на принципах проведения кластерного анализа (изначально каждый фактор представляет самостоятельный кластер, а при увеличении расстояния факторы объединяются в более крупные кластеры) сформировалось 3 крупных кластера. По силе взаимовлияния и влияния на возникновение аутоагрессивного поведения наиболее значимым является кластер первого ранга,

состоящий из четырех предикторов – вид обучения обследуемого, наличие травм головного мозга, употребление обследуемым алкоголя и его отношение к службе в армии. Следующим по силе является кластер второго ранга, состоящий из семи предикторов – уровень тревоги обследуемого, асоциальное поведение матери, воспитание в неполной семье (отсутствие отца и причина отсутствия матери), уровень образования матери и ведущий клинический диагноз обследуемого, и наименьшее влияние оказывает кластер третьего ранга, состоящий из трех предикторов – отсутствие матери, наличие патохарактерологических реакций и отсутствие стойких увлечений у обследуемого. Каждый предиктор в отдельности оказывает влияние на формирование АП, но в составе кластера аутоагрессивные паттерны возникают с достоверно большей частотой.

Выявленная кластерная структура признаков разных категорий привела к доказательству того, что возникновение аутоагрессивного поведения является результирующей воздействия комплексов взаимосвязанных характеристик разных категорий - когда личностные характеристики, клинические проявления и микросоциальные факторы определяют склонность к аутоагрессивному поведению.

Результаты исследования, изложенные в данной главе, приводят к следующим основным заключениям:

- в число показателей, достаточно тесно коррелирующих с ведущим диагнозом, вошли отсутствие отца, отсутствие матери, асоциальное поведение матери, образование матери, патохарактерологические реакции, степень занятости свободного времени, вид обучения, образование обследуемого, уровень тревоги, отношение к алкоголю, наличие ЧМТ в анамнезе, патология перинатального периода, отношение к службе в армии;
- результаты детального анализа выявленных корреляций позволяют рассматривать перечисленные показатели разных категорий как предикторы, влияющие на возникновение аутоагрессивных паттернов;

- наличие перинатальной патологии и травм головного мозга в анамнезе увеличивает частоту подростков с аутоагрессивным поведением;
- такие негативные социальные предикторы, как воспитание обследуемого в неполных семьях или вне семьи, асоциальное поведение (в частности, алкоголизация) родителей, такие формы патохарактерологических реакций, как эмансипация и оппозиция, являются социальными факторами формирования аутоагрессивного поведения;
- достоверно значимой особенностью лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе является повышенный уровень тревожности и отсутствие интересов вне учёбы;
- подростки к эпизодическому употреблению алкоголя наиболее склонны к аутоагрессивному поведению, причем у них чаще совершаются аутоагрессивные попытки в состоянии острой алкогольной интоксикации.

ГЛАВА 5. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ РИСКОВ АУТОАГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

Диагностика психических расстройств, а так же выявление факторов, наиболее тесно коррелирующих с ними, необходима для разработки лечебно-реабилитационных мероприятий для лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе.

Комплекс мероприятий, направленный на снижение рисков аутоагрессивного поведения, включал следующие этапы: диагностика психических расстройств и выявление факторов, оказывающих влияние на формирование аутоагрессивного поведения, оказание специфической психофармакологической и психотерапевтической помощи и оказание психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи с формированием навыков социального взаимодействия и адаптации.

Первым этапом комплекса мероприятий, направленных на снижение рисков аутоагрессивного поведения, явился диагностический. В него вошла авторская методика обследования, составленная в соответствии с целями и задачами исследования и последующий скрининг факторов по критерию силы связи с ведущим диагнозом. В результате чего были выявлены факторы, наиболее вероятно оказывающие влияние на формирование аутоагрессивных паттернов, которые позволили выявить "группы риска": биологические (наличие перинатальной патологии, ЧМТ в анамнезе, психического расстройства). Личностные (повышенный уровень тревожности, отсутствие или низкая значимость высших личностных потребностей, в том числе, отсутствие каких либо увлечений, нежелание служить в армии). Микросоциальные (неполная родительская семья, асоциальное поведение родителей, низкий образовательный уровень в семье).

Вторым этапом стала разработка комплекса лечебно-коррекционных мероприятий в соответствии с выявленными психическими расстройствами с учетом преимущественного воздействия на выявленные признаки лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе.

Основным методом воздействия явился психофармакологический метод. Схема и подбор лечебно-коррекционных методов соответствовал нозологии, а также с учетом результатов инструментальных методов исследования и консультаций специалистов. С целью коррекции неврологических, когнитивных нарушений использовались ноотропные (кортексин в дозировке 10мг №10, мексидол), сосудистые препараты (кавинтон в дозировке до 15мг/сут), дегидратационная терапия (диакарб 250мг №5 утром натощак, сульфат магния 25%). При преобладании в клинике тревожности, страха, повышенного эмоционального реагирования краткосрочно применялись транквилизаторы (стрезам до 150мг/сут, мебикар до 600мг/сут). С целью коррекции настроения и поведенческих нарушений использовались нормотимики (окскарбазепин до 1800мг/сут, депакин до 30мг/кг/сут), антидепрессанты (азафен до 200мг/сут, сертралин до 200мг/сут), нейролептики с преимущественно седативным действием (рисперидон до 3мг/сут).

Анализ проявлений психологических особенностей необходимо учитывать при проведении индивидуальной коррекционной работы с целью профилактики аутоагрессивного поведения, включающей несколько этапов.

Первый этап индивидуально-коррекционной работы предполагал углубление представлений о собственных типологических особенностях. На этом этапе реализовались следующие направления индивидуально – коррекционной работы: повышение уровня самоуважения и степени интегрированности «Образ-Я», повышение адаптивных возможностей с опорой на сильные стороны личности, обучение успешно преодолевать конфликтные ситуации в межличностном взаимодействии.

На втором этапе индивидуально-коррекционной работы происходило совершенствование интроспективных способностей, позволяющих подростку

осознать и минимизировать факторы риска развития аутоагрессивного поведения, восстановление целостности личности и баланса психодинамических сил, модификация поведения ребенка за счет изменения среды и обучения его новым формам поведения.

В результате психокоррекционных мероприятий формировались навыки личностного поведения и межличностного взаимодействия, которые позволяют развивать позитивную адаптацию к социальной среде, контролировать и направлять свою жизнь в соответствии с интересами и потребностями. Суть этой модели сводится к развитию навыков самооффективности (которые предполагают собой умение осознавать свои способности и выстраивать поведение, соответствующее специфической задаче и ситуации) и формировании психологической невосприимчивости к вредным социальным влияниям.

Наряду с индивидуальными психокоррекционными мероприятиями проводилась и психотерапевтическая работа с использованием когнитивно-поведенческой терапии. Основной задачей психотерапии являлось создание условий, в которых подросток сумеет осознать взаимосвязь между психоэмоциональными факторами и возникновением аутоагрессивного поведения. Эта задача решалась путем психотерапевтического воздействия на три основные сферы личности: когнитивную, эмоциональную и поведенческую. На основании анализа своей биографии подросток осознавал, каким образом он ведет себя с окружающими, мог отследить такие формы поведения, которые вызывали у него отрицательные переживания, мотивы такого поведения, особенности своих отношений, эмоциональных установок и их неконструктивный характер, связь между различными психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением поведенческих реакций, более глубокие причины собственных переживаний. В процессе воздействия на эмоциональную сферу подросток осознавал, что может получить эмоциональную поддержку от психотерапевта, учился понимать и вербализировать свои чувства, приобретал искренность в отношении чувств к самому себе, осознавал свои проблемы с соответствующими им переживаниями, и в дальнейшем имел возможность производить

эмоциональную коррекцию своих отношений, менять способ эмоционального реагирования. Все это способствовало изменению представлений о себе, коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок, в том числе и коррекции аутоагрессивных моделей поведения, повышению адаптации в социальном функционировании.

Не менее важным направлением работы была групповая психотерапия. Работа группы не сосредоточивалась на определенном виде терапии: наряду с когнитивно-поведенческими методиками включались ситуационные ролевые игры, элементы психодрамы, гештальт-терапии, групповой суггестии, арт-терапевтические техники. Применение различных методов определялось в первую очередь ролью различных психогенных факторов, способствующих формированию соответствующей патологии. В качестве основных психогенных факторов рассматривались повышенный уровень агрессивности, тревожности, эмоционально-волевой неустойчивости, сложности формирования межличностных отношений, трудность аффективного самоконтроля, чувство собственной неполноценности, заниженная или неадекватная самооценка. Терапия проводилась в группах, имеющих сходную психопатологическую симптоматику. Важным терапевтическим воздействием являлось групповое взаимодействие участников, групповые процессы, которые моделируют общественные взаимодействия. Основной задачей терапии являлось создание такой обстановки, в которой участник группы смог бы осознать взаимосвязь между психоэмоциональными факторами и аутоагрессивным поведением. Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить значение собственной роли в типичных для него межличностных конфликтах и через это глубже осознать собственные проблемы и особенности своих отношений с окружающими.

Другим межличностным механизмом психологической коррекции являлось направленное психотерапевтическое воздействие, конфронтация участников группы с собственными отношениями, проблемами, эмоциями и поведением, которая осуществляется посредством обратной связи между каждым из членов

группы и группой как целым. В процессе работы в группе подросток понимал и осознавал то, какие ситуации вызывают у него напряжение, тревогу, связь между психогенными факторами и их возникновением, свою роль в их возникновении, как его воспринимают и оценивают его особенности окружающие, сам оценивал их реакцию на его поведение и последствия, учился видеть собственные мотивы, потребности, стремления, установки, отношения, особенности поведения и эмоционального реагирования, а также степень их адекватности и реалистичности, также особенности формирования системы отношений. Групповая психотерапия помогала подростку почувствовать эмоциональную поддержку со стороны группы, почувствовать собственную ценность, стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций, научиться более точно вербализировать свои эмоциональные состояния, раскрыть свои проблемы и соответствующие им чувства, почувствовать неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций, произвести эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия своих отношений с окружающими.

Психотерапевтическая группа помогала подростку приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения с окружающими, преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в группе, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций, развить формы поведения, связанные с поддержкой, взаимопомощью, взаимопониманием, сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью, закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию вне группы, выработать и закрепить адекватные формы поведения.

Особенность обратной связи в процессе групповой психотерапии состоит в том, что она осуществляется в ситуации реального межличностного эмоционального взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных эмоционально-поведенческих стереотипов и выработку навыков

полноценного общения. Эти изменения подкрепляются в группе, подросток начинает ощущать свою способность самостоятельно справляться с трудными ситуациями, производить изменения, которые приносят удовлетворение самому и позитивно воспринимаются окружающими.

Параллельно с психотерапевтической работой с подростками шла работа с его родителями. Социальные факторы - наиболее значимые предикторы аутоагрессивного поведения у подростков. Наибольшее значение приобретают нарушения семейной ситуации. Юноши с аутоагрессивным поведением в анамнезе достоверно чаще воспитываются в неблагоприятном семейном окружении (асоциальное поведение, алкоголизация родственников) или в условиях неполной семьи. Следует обратить внимание на внутрисемейные отношения, тип воспитания, ранние детско-родительские конфликты. Воспитание имеет огромное значение в формировании личности. Неправильное выполнение родителями их воспитательных функций, особенно при акцентуациях характера, обычно приводит к возникновению патохарактерологических реакций и формированию психопатий. Наличие дисфункциональной семьи и тщательный анализ ее составляющих важен не только для разработки методов профилактики аутоагрессивного поведения, но также в прогнозе результатов лечения. Наличие дисгармоничной семьи позволяет спрогнозировать высокую степень “коррекционной ригидности”: такие семьи крайне неохотно меняют свой уклад, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения. В условиях неправильного воспитания формируется патологическое реагирование на фрустрацию. Сформированные в детстве примитивные механизмы психологической защиты не срабатывают в подростковом возрасте под воздействием индивидуально значимых переживаний, в условиях столкновения с возрастающими требованиями жизни. Такие требования могут предъявлять вполне обыденные фрустрирующие ситуации, в которых он встает перед необходимостью систематического труда, перед проблемой ответственности, одиночества, межличностных контактов, семейных проблемах. В то время как новые, более зрелые и совершенные механизмы не сформированы. Клиническим

выражением этих процессов является появление различных форм патологического развития личности, формирование зависимостей, психических расстройств, аддиктивного и аутоагрессивного поведения. Патологические типы воспитания, низкий образовательный и культурный уровень в родительской семье в дальнейшем неблагоприятно отражается на образовании подростков, отмечается негативное отношение к учебе, ограниченность интересов, нестойкость и примитивность увлечений (предпочтение праздного и бездеятельного проведения досуга, "тусовок"), низкий интеллектуальный уровень, нежелание служить в армии.

Психодинамические конфликты поддерживаются взаимоотношениями членов семьи, а попытки подростка и его родителей справиться с эмоциональными и поведенческими расстройствами препятствуют успешному разрешению конфликтов. Подключение семейной психотерапии, нацеленной на устранение нарушений границ между семейными подсистемами, разрешение семейных конфликтов приводит к снижению частоты рецидивов психических и поведенческих расстройств. Задачей семейной психотерапии у детей и подростков часто служит не решение всех семейных проблем, а только относящихся к «проблемному» пациенту. При формулировании психотерапевтического запроса психотерапевт нередко ограничивается уровнем осознания родителями себя как неэффективных в родительской роли.

Активное участие родителей в групповых дискуссиях гармонизирует не только родительские, но и супружеские взаимоотношения, а также способствует личностному росту членов семьи. Психологическая поддержка родителей осуществляется не только в форме организации их взаимодействия с родителями со сходными проблемами, но и в процессе индивидуальных психотерапевтических бесед с психологом о трудностях семьи, семейных взаимоотношений. В процессе психотерапевтической работы с семьей родители могут разрешить межличностные конфликты, связанные с проблемами воспитания ребенка. Следует отметить, что главным направлением психотерапевтической работы с семьей является включение родителей в медико-

психологическую работу с подростком, основанную на объективном, реалистическом подходе к перспективам дальнейшего развития.

Использовались психообразовательные программы для родственников лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе, которые включали программу психиатрического просвещения, направленные на профилактику рецидивов аутоагрессивного поведения и клинических проявлений психического расстройства, повышение комплаентности, обучение навыкам медикаментозного лечения, дестигматизацию, социально-психологическую поддержку. В процессе занятий объяснялись причины возникновения психических расстройств, их распространенность, клиника, течение и прогноз, роль лекарственной терапии, психотерапии, а также их связь с возникновением аутоагрессивных паттернов.

Проведением индивидуальных психологических консультаций, которые направлены на более углубленное рассмотрение психологических проблем конкретной семьи. Часто консультирование является этапом помощи, ориентирующим родственников в характере и тяжести их психологических проблем, способах и сроках их решения. Помощь родственникам в осознании их проблем, понимании проблем и конфликтов, которые могли послужить причиной возникновения аутоагрессивного поведения, обозначение пути их решения.

Соотношение психофармакологических, психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий определялось особенностями выявленных психических расстройств, личностных реакций, влиянием биологических и социальных факторов на реализацию аутоагрессивных актов.

В результате проведенных мероприятий формировалось критичное отношение к своему состоянию, возрастала положительная мотивация, трудовые установки.

Полученные данные подтверждают целесообразность использования комплексного психофармакологического, психотерапевтического, психокоррекционного подходов профилактики аутоагрессивного поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование посвящено выявлению факторов аутоагрессивного поведения подростков с целью ранней диагностики аутоагрессивного поведения подростков, выявление причин, влияющих на развитие аутоагрессивности.

Несмотря на то, что многие исследователи занимались изучением этого феномена на протяжении не одного десятка лет эта проблема остается актуальной и в настоящее время (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980; Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989; Кутько И. И. и др., 1989; Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И., 1991; М. А. Лапицкий, Ваулин С. В., 2000; Пилягина Г. Я., 2002; Aldridge D., 1999; Wasserman D., 2002). Со временем изменяются формы аутоагрессивного поведения, социально-психологические предикторы, а также клиничко-психопатологические особенности суицидентов, и вопрос формирования аутоагрессивного поведения остается не разработанным (Юрьева Л.Н., 2006; Бруг А.В., 2007; Руженков В.А., Боева А.В., Лобов Г.А. 2007, Войцех В.Ф., 2008; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008; Богданов С.В., 2009, Закондырина В.А., 2009, Вострокнутов Н.В., 2009; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Цыганков Б.Д., 2012).

Не менее важной проблемой диагностики аутоагрессивного поведения является отсутствие однозначных критериев оценки вероятности его формирования, и, следовательно, помимо изучения клиничко-психопатологических, личностных, социальных факторов подростковой аутоагрессии большое значение имеет комплексный анализ взаимовлияния этих факторов, с определением конкретного вклада каждого из них.

Целью исследования стало выявление и комплексная оценка клинических и социальных предикторов аутоагрессивного поведения лиц допризывного и призывного возраста для выработки мероприятий, направленных на снижение рисков аутоагрессивного поведения.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края.

С помощью клинико-патопсихологического метода были обследованы 200 юношей в возрасте 16-27 лет ($19 \pm 0,4$) с аутоагрессивным поведением в анамнезе, направленных на стационарное обследование военными комиссариатами Краснодарского края для решения вопроса о годности к военной службе. В возрасте до 18 лет - 20 человек (средний возраст 17 лет) и 180 человек в возрасте от 18 до 27 ($19 \pm 0,6$).

Для оптимизации сбора анамнестической информации была разработана «Карта клинико-социального обследования юношей призывного и допризывного возраста». Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании рубрик МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств».

Клиническая структура психопатологических расстройств у лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе в основном представлена расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте 73,0%. Все диагностируемые расстройства личности носили преходящий характер. В этой нозологической группе значительно преобладали лица с «Эмоционально-неустойчивым расстройством личности» - 71,0% от общего числа обследуемых. Для этой нозологической единицы характерна ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий, снижена способность планирования; вспышки интенсивного гневливого аффекта часто приводят к насилию, либо "поведенческим взрывам", они легко провоцируются, когда импульсивные акты осуждаются окружающими, либо им препятствуют. «Астеническое расстройство личности» представлено в 1%. Для этого расстройства характерны черты зависимости от родителей с детских лет, подчиняемость, чувство беспомощности и неудобства в одиночестве, страх быть покинутым, перекладывание ответственности и обязанностей на других лиц, необходимость подбадривания и поддержки в повседневных вопросах,

истощаемость, частое чувство разбитости и усталости без объективных причин. Мотивом аутоагрессивного акта стали семейный конфликт и межгендерные разногласия. Аутоагрессивная попытка была совершена импульсивно, на высоте сильного эмоционального переживания брошенности, одиночества. Инфантильное расстройство личности и шизоидное расстройство личности были выявлены в общей сложности у 1% обследуемых.

Органические, включая симптоматические психические расстройства, выявлены у 14,5%. Расстройство характеризуется повышенной утомляемостью, головными болями, головокружением, выраженной, постоянной эмоциональной лабильностью в сочетании с повышенной истощаемостью, инертностью и медленной переключаемостью мыслительных процессов. Данные клинического обследования (наличие перинатальной патологии, черепно-мозговых травм в анамнезе) подтверждались результатами инструментально-лабораторных методов исследования. Следует отметить, что сведения о травмах получены в основном со слов обследуемого и его близких и документально не подтверждены, но наличие органической патологии и подтверждалась параклиническими исследованиями (электроэнцефалография).

Умственная отсталость легкой степени выявлена у 5,0% призывников. Диагностическими критериями являлись задержка психического развития, трудности в освоении чтения и письма, затруднения в сфере школьной успеваемости, коэффициент интеллекта в диапазоне 50-69 баллов, эмоциональная незрелость.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства - 1,0%. Психически здоровыми были признаны 6,5% лиц призывного возраста.

Для каждой группы расстройств вклад предикторов в формирование паттернов аутоагрессивного поведения различен, математическая обработка данных позволила выявить их уровень значимости: для органических, включая симптоматические, психических расстройств (F06) в формировании паттернов аутоагрессивного поведения достоверно значим ($p < 0,01$) вклад таких факторов как перинатальная патология, травмы головного мозга в анамнезе,

злоупотребление алкогольными напитками; для расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (F60) достоверно значимыми ($p < 0,01$) явились социальные показатели с высокими значениями таких факторов как воспитание в дисгармоничных семьях, отклонения от социальных норм поведения (патохарактерологические реакции, бродяжничество); в рамках умственной отсталости легкой степени (F70) в формировании аутоагрессивных актов статистически достоверно ($p < 0,01$) наличие таких факторов, как перинатальная патология, низкий уровень образования как у родителей, так и у обследуемого (коррекционный вид обучения, трудности окончания средней школы, отсутствие планов на дальнейшее получение профессии). Среди всех нозологий достоверно значимый вклад ($p < 0,01$) оказали такие факторы как отсутствие какого-либо увлечения (времяпрепровождение без цели), средний с тенденцией к высокому уровень тревожности, сниженный уровень социальной адаптации и отсутствие активной установки на службу в армии.

Большинство эпизодов аутоагрессивного поведения совершалось в 15-16 лет – 33,5%, 17-18 лет – 30,5%, в 13-14 лет – 19,0%, после 19 лет – 17,0%. Полученные данные подтверждают тот факт, что ребенок именно в возрасте до 18 лет подвержен влиянию социально-психологических факторов со стороны окружающих его значимых лиц, прежде всего родителей. Аутоагрессивное поведение подростков, признанных психически здоровыми, осуществлялось в более раннем возрасте, чем у лиц с расстройствами личности, что объясняется затруднениями в нахождении выхода из конфликтной ситуации в интимно-коммуникативной сфере на фоне негативной фазы пубертатного криза.

Из всех обследуемых 79,5% совершили аутоагрессивное действие однократно и 20,5% – повторно. Ни в одном из случаев самоповреждение не было суицидальным (по анамнестическим сведениям).

В 88,5% случаев способом аутоагрессивного поведения избрали самопорезы предплечий, остальные 11,5% совершили попытки повешения, отравления лекарственными препаратами и прижигание кожных покровов сигаретой.

В момент совершения самоповреждения 58,0% находились в состоянии острой алкогольной интоксикации, 84 человека (42,0%) спиртные напитки не употребляли. Во всех случаях самоповреждения призывники попадали в поле зрения врача-психиатра только в период прохождения призывной комиссии.

Анализ мотивов аутоагрессивного поведения выявил следующую картину: в большинстве случаев - 56,0% аутоагрессивного поведения совершалось после ссоры с девушкой, с целью доказать свою любовь. В компании сверстников, во время «обряда братания», «на слабо», «чтобы доказать отсутствие страха перед болью», в том числе находясь в СИЗО, аутоагрессивный поступок совершили 16,5%. Для 19,5% обследуемых мотивом послужили плохие взаимоотношения с родителями и близкими родственниками, из них 5,0% человек нанесли себе повреждения после смерти кого-то из родственников. Без определенного мотива, на фоне острой алкогольной интоксикации, совершили аутоагрессивное действие 2,0% обследуемых. Чувство одиночества, как мотив, указал 0,5% обследуемых. Затруднились указать какую-то определенную причину 5,5%.

Основным типом аутоагрессивного поведения стал инфантильно-демонстративный, который включает в себя мотивы доказательства любви, самоутверждения, «на спор», как все, представленный в 57,5% случаев. В 15,5% случаев типом аутоагрессивного поведения явился релаксационный, основной целью которого было снятие эмоционального напряжения. Инфантильно-подражательный тип представлен в 10,0%, основной целью которого являлось доказательство своей «силы воли» в компании сверстников. По 7,5% разделили манипулятивный тип и аутоагрессивное поведение по типу «призыв», которые совершались в после конфликтов с ближайшими родственниками с целью манипуляции ими или попыткой обратить на себя внимание. 4 человека (2,0%) нанесли себе самоповреждения по типу симуляции суицидального поведения. 3 из них из-за страха пойти в армию и один из-за страха издевательства со стороны сверстников.

Был проведен скрининг факторов по критерию силы связи с ведущим диагнозом. Были выявлены факторы, для которых корреляция Спирмена и гамма

имеют статистически значимую корреляцию ($p < 0,05$) с переменной ведущий диагноз и выявлен комплекс из 15 признаков – клинических, социальных и личностных, характеризующих подростка с аутоагрессивным поведением в анамнезе.

В соответствии с особенностями выявленных психических расстройств, личностных реакций, биологических и социальных факторов были разработаны фармакотерапевтические, психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, снижающие риск возникновения аутоагрессивного поведения.

ВЫВОДЫ

1. Определена клиническая структура психопатологических расстройств с учетом диагностических критериев МКБ-10 у лиц допризывного и призывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе. Преимущественно клиническая структура представлена личностной патологией 73,0%, с преобладанием эмоционально-неустойчивых форм, органические расстройства 14,5%; умственная отсталость легкой степени 5,0%; тревожно-фобические расстройства - 1,0%; были признаны психически здоровыми - 6,5%, которые ретроспективно на момент совершения аутоагрессивного акта обнаруживали кратковременные психогенные депрессивные реакции.
2. Выявлены индивидуально-психологические характеристики у подростков с аутоагрессивным поведением: преимущественно это демонстративный, возбудимый типы акцентуации характера с ярко выраженными чертами экстраверсии - интроверсии, высокими показателями нейротизма и тревожности.
3. Определены основные мотивы, типы аутоагрессивного поведения. Типы аутоагрессивного поведения распределились следующим образом: инфантильно-демонстративный (включающий в себя мотивы доказательства любви, самоутверждения, «на спор», «как все»), представленный в 57,5% случаев. Релаксационный тип (мотив - снятие эмоционального напряжения) - 15,5% случаев. Инфантильно-подражательный тип (мотивом которого было доказательство своей «силы воли» в компании сверстников) - 10,0% случаев. По 7,5% разделили поведение по типу «призыв» (мотив – обращение на себя внимания) и манипулятивный (стремление повлиять на ближайшее окружение). Симуляции суицидального поведения (страх пойти в армию и страх насмешек со стороны сверстников) - 2,0% случаев.
4. Выявлено, что предикторы оказывают комплексное совокупное действие на возникновение аутоагрессивного поведения. На основании силы связи были выделены следующие кластеры:

- 4.1. Кластера первого ранга с наибольшей разнородностью признаков: отношение к службе в армии, вид обучения обследуемого, а также экзогенно-органические вредности (употребление алкоголя обследуемым, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе).
- 4.2. Кластер второго ранга имеет наибольшее количество характеристик и представлен социальными факторами (уровни образования матери и обследуемого, воспитание в неполной семье и асоциальное поведение матери), личностными (уровень тревожности) и клиническими (наличие психического заболевания).
- 4.3. Кластер третьего ранга может быть назван социальным, так как вклад входящих в него признаков вносят такие характеристики как состав родительской семьи, наличие патохарактерологических реакций и занятость в свободное время.
5. На основе полученных результатов разработан комплекс лечебно-коррекционных мероприятий, включающий фармакотерапевтическое, психотерапевтическое и психокоррекционное воздействие, снижающий риск возникновения аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства / Ю. А. Александровский // Русский медицинский журнал. – 1996. – № 2. – С. 3—12
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: Труды МНИИП. 1978. Т. 82. С. 6-28
3. Амбрумова А. Г. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения: методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова. – М., 1991. – 17 с.
4. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. О некоторых особенностях суицидального поведения детей и подростков //Журнал невропатологии и психиатрии. 1983. - Т.83. - С. 1544-1547.
5. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. 42 с.
6. Амбрумова А.Г. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. М., 1978. - 13 с.
7. Амбрумова, А. Г. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций / А.Г. Амбрумова, Е. Г. Трайнина, Н. А. Ратинова // Шестой Всероссийский съезд психиатров. - г. Томск, 24-26 октября 1990: Тез. докл. - т. 1. - М., 1990. С. 105- 106.
8. Амбрумова, А.Г. Суицидальное поведение в ряду других девиаций подростков: Комплексные исследования в суицидологии / А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно, Л.Э. Комарова / Под общ. ред. В.В. Новалева – М., 1986. – 379 с.
9. Андронникова О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением //Вестник томского государственного педагогического университета, Томск №9, 2009, С.120-127

10. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование и психологическая защита // Психологический журнал. - 1994. - Т.15, № 1. - С. 3-18.
11. Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б., Тиунов С. В., Славгородский Я. М. Типология и динамика депрессивных расстройств и агрессивного поведения в пубертатном периоде / Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б., Тиунов С. В., Славгородский Я. М // Материалы 2-й международной, научной конференции. "Серийные убийства и социальная агрессия". — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. - С. 22 – 24
12. Бачериков Н. Е., Згонников П. Т. Клинические аспекты суицидологии // Клиническая психиатрия. — К., 1989. — С.456-465
13. Башкирова Г. А. Динамика частоты завершенных суицидов среди детей и подростков в Удмуртии / Г. А. Башкирова, А. И. Лазебник // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – Москва; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 310—312
14. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль.- СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 512 с.
15. Бисалиев Р.В., Зубкова Т.Н., Яковец Д.А., Носонова Л.Б. Неблагополучная семья – источник формирования агрессивного поведения у подростков//Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного федерального округа.- Ростов-на-Дону, 2006. – с.38-41
16. Боева А. В. Клинические и социально-психологические характеристики суицидентов и методы краткосрочной кризисной психотерапии (на материалах общемедицинской лечебной сети): автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Боева. – М., 2004. – 24 с.
17. Большакова Е. Ваш ребенок – неформал. Родителям о молодежных субкультурах. – М.: Генезис, 2010. – 152 с
18. Бородин С. В., Михлин А. С. Мотивы и причины самоубийств//Актуальные проблемы суицидологии. М.: Изд-во Московского НИИ психиатрии, 1978.

19. Брюхин А.Е., Сологуб М.Б. Аутоагрессивные явления у больных нервной анорексией и нервной булимией // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. – М.: ГЕОС, 2004. – С. 18.
20. Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 3-17.
21. Валентик Ю.В., Чобану И.К., Епифанова Н.М. Дифференцированная психотерапия пациентов, совершивших аутоагрессивные действия, с учетом их личностных особенностей // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. – М.: ГЕОС, 2004. – С. 23-24.
22. Васильев В. В. Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии / В. В. Васильев // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – Москва; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 312—314.
23. Вассерман Д. Алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийство / Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д.Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 65-75.
24. Вассерман Д. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса // Суицид и напрасная смерть. М. Дуниц, 2001. С. 13-31.
25. Верещагина Н. В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Верещагина. – Новосибирск, 2003. – 20 с
26. Вершинин М.В. Психологическое консультирование «жертв» деструктивных культов. // Материалы научно-практической конференции «Экстренная психологическая помощь в трудных жизненных ситуациях». – Астрахань, 2009. – С. 40-50.
27. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. - М.: АСТАстрель Транзиткнига, 2005.- 384 с.

28. Войцех В. Ф. Варианты нарушений адаптации у студентов / Войцех В. Ф., Бобров Е. А. // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. - С. 313.
29. Войцех В. Ф. Клинико-психопатологическая характеристика пациентов с суицидальными намерениями / Войцех В. Ф. // Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы): материалы научно-практической конф. с междунар. участием / под ред. проф. Г. П. Пантелеевой и проф. М. Я. Цуцукловской. - М., 1998. - С. 11-19
30. Войцех В. Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 14—20.
31. Войцех В.Ф. Динамика суицидов в регионах России В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - № 1. - С. 81-88.
32. Войцех В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. М.: Миклоша, 2008. 280 с.
33. Вольнов Н.М., Шустов Д.И. Клинико-суицидологический анализ несчастных случаев у военнослужащих // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 32.
34. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков. М., 2001.
35. Гацולהв К. Б. Суицидальное поведение и другие виды девиаций при различных вариантах психопатий / К. Б. Гацולהв // Актуальные проблемы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 177—184.
36. Гизатулина А.А., Тараданов А.А. Интегральная матрица дифференциации самоубийств // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4. – С. 48-55.
37. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 178 с.
38. Гурьева В. А. К систематики пубертатной психопатологии / Гурьева В. А. // Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. -М., 1987. - С. 3 -12.
39. Двирский А.Е, Лучко О.Н., Михайлов В.В.. Гетероагрессивные и аутоагрессивные действия при шизофрении, коморбидной с бронхиальной астмой // Психическое

- здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 44-45.
40. Дичев Т.Г., Тарасов К.Е. Проблема адаптации и здоровья человека. М., 1976.
41. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.
42. Дубравин В. И. Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Дубравин В. И. - Москва, 2001. - 31 с.
43. Дурнов А. Н. Суицидальное поведение психопатических личностей / А. Н. Дурнов. – М., 1978. – С. 139—144
44. Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Аддиктивное поведение молодежи и подростков как социальное явление // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6. (<http://www.science-education.ru/100-r5006>, № статьи 0421100037/0341).
45. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. СПб, Союз, 1998г., 496с.
46. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с
47. Ефремов В. С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004. 480 с.
48. Ефремов В. С., Точилон В. А. Депрессия и суицид // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. СПб.: Изд-во ВМедА, 2000., С. 158-162
49. Жезлова Л.Я. К вопросу о самоубийствах детей и подростков. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. М 1978; 82: С. 93—104.
50. Зайченко А.А. Самоповреждающее поведение // Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение: материалы Всероссийской междисциплинарной конференции с международным участием (Томск, 26 – 28 апреля 2011 г.). – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С. 250-255.
51. Зимовец С. // Клиническая антропология - М.: Фонд "Прагматика культуры", 2003 - 136с

- 52.Змановская Е.В. Девиантология. – Москва, 2004. – с. 34
- 53.Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.
- 54.Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения //Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
- 55.Зуркарнеева З.Л., Менделевич Д.М. Клинико-социальные аспекты аутоагрессивного поведения больных с органическим поражением головного мозга // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. – С. 54.
- 56.Казанская В.Г. Подросток - трудности взросления. СПб.: Питер. 2006. – 240с.
- 57.Калашникова А.С., Психологические механизмы аутоагрессивных и гетероагрессивных действий у лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости. Автореферат дисс. на соиск. учен. степени канд. психол. наук. Москва, 2010. – 24 с.
- 58.Каубиш В.К. О некоторых факторах, способствующих суицидальному поведению подростков и молодых людей / Каубиш В.К.// Проблемы организационной и социальной психиатрии. М., 2000. - С. 315.
- 59.Качнова Н.А., Зосименко А.В. Клинико-психопатологические аспекты аутоагрессивного поведения жертв сексуального насилия в местах лишения свободы// Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 62.
- 60.Кибрик Н.Д. Комплексный подход к профилактике суицидального поведения у обучающейся молодежи / Кибрик Н.Д., Магурдумова Л.Г., Кушнарев В.М.// Комплексные исследования в суицидологии. М., 1986. - С. 145 -151.
- 61.Кибрик Н.Д. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодежи: Методические рекомендации/ Кибрик Н.Д., Кушнарев В.М. М., 1988. - 21с.
- 62.Козлов В.В. Социальная работа с кризисной личностью. Ярославль, 1998.- 172 с.

63. Кондрашенко В.Т., Игумнов С.А. Девиантное поведение у подростков: Диагностика. Профилактика. Коррекция. – Мн.: Аверсэв, 2004. – 365 с.
64. Конончук Н. В. Личные и семейные мотивы суицидов // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепацкого, — Л., 1978.— С. 128—132.
65. Корнетов А. Н. Клинико-эпидемиологические данные о суицидальных попытках в подростково-юношеском возрасте / Корнетов А. Н. // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. - С. 315-316.
66. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. М., 2002. – 192с.
67. Короленко Ц. П. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. – Новосибирск: «Наука», Сиб. отделение, 1990. – 224 с.
68. Косенко В.Г., Набиркин Г.А., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А.. Детская психиатрия и основы социальной психологии: учеб. пособие / Краснодар: Совет.Кубань, 2011. – 392с.
69. Красильников Г.Т., Мартыанова Е.В. Клинико-социальное значение гетероагрессии и аутоагрессии // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 72-73.
70. Краснов В.Н., Войцех В.Ф., Немцов А.В. Суицидальное поведение в России в 1980-90 годах: уровни и факторы. // European Psychiatry, - October, 2000-V.15-Suppl.2
71. Кроповницкий О.В. Психология подростка. Тренинг личностного роста. /Учебное пособие/ М.: ВЛАДОС, 2006. – 385 с.
72. Кузнецов В. Психиатрическая помощь детскому и подростковому населению Украины / Кузнецов В. // Вюник Асоціація психіатрів України. - 1996.-Т. 6.-№2.- С. 6- 11.

73. Кузнецов В. Е. Этапы развития отечественной дореволюционной суицидологии: психиатрический и междисциплинарный аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Е. Кузнецов. – М., 1987. – 23 с.
74. Куимова, О.М Суицидальное поведение и его мотивы. / О.М. Куимова. – М.: Медицина, 1995. – 167 с.
75. Кутько И. И., Бровина Н. Н., Стефановский В. А., Букреев В. И. Особенности суицидального поведения у психически больных и лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами и организация суицидологической помощи: Методич. рекоменд.— Харьков, 1989. — 13 с.
76. Лазебник А. И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. И. Лазебник. – М., 2000. – 25 с.
77. Ланг Т.А., Седик М. Как описывать статистику в медицине. Пер. с англ. Под ред. Леонова В.П., М.: Практическая медицина, 2011. - 480 с.
78. Лапицкий М.А., Ваулин СВ., Осипова Н.Н., Ситкина В.И. Деструктивное поведение при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга// Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. - СПб, 2000.- С. 64-65.
79. Лисицина М.И. Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии. М., 1978
80. Литмен Р. Зигмунд Фрейд о самоубийстве // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2003. - №1
81. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. — М.: Апрель Пресс: ЭКСМО Пресс, 1999. 416с.
82. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология №1 2013 с.15-27
83. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма "Класс", 2006. — 480 с.

- 84.Махова В.М. Изучение личностных свойств и особенностей эмоционального реагирования детей с интеллектуальной недостаточностью в период адаптации к школе / В.М. Махова // Вопросы психологии.- 2005.- №1.- С.116-125.
- 85.Меннингер, К. Война с самим собой / пер. Ю. Бондарева. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. - 480 с.
- 86.Меринов А.В. Аутоагрессивные и клиничко-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2011. – № 8 (116). – С. 72-77
- 87.Миронова М.С. Роль семьи в формировании поведенческих факторов риска среди подростков /М.С. Миронова, Н.П.Сетко //Здравоохранение РФ. – 2011. - №1. – С.56-57
- 88.Моховиков Н.А. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах, - ISBN: 5–89353–016–0, - Когито–Центр, 2001, - 569 с.
- 89.Наркология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М., 2008. – 720 с.
- 90.Немцов А.В. Алкогольная смертность в России: 1980-1990 годы. – М., 2001. - 60с.
- 91.Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте. Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. науч. трудов. Л., 1991; с. 36–40
- 92.Обидина Ю.С. Проблема суицида в современных научных исследованиях и в реальной жизни // Гос. Управл.: Центр-регион (проблемы экономики, социологии и права). Матер. Всеросс. школы-семинара Национальные отношения и современная государственность. Йошкар-Ола: Марийский гос. пед. ин-т, 2000. Вып. 2. С. 88-93
- 93.Осорина Н.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. – СПб: Речь, 2007. – 276 с.
- 94.Оудсхорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия / Оудсхорн Д. Н. - М., 1993.- 187 с.

95. Павлова Т.С., Холмогорова А.Б. Психологические факторы социальной тревожности в студенческом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2011. №1. С.29–43.
96. Панченко Е.А. Роль воспитания в родительской семье в формировании суицидального поведения. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2011, № 7. – С. 27-31
97. Пащенко И. Е. Этнокультуральные особенности суицидентов, страдающих нервно-психическими расстройствами (медико-социальный аспект) / И. Е. Пащенко, В. Г. Косенко // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – Москва; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 326—328
98. Пащенко И.Е., Левинсон А.А., Солоненко А.В., Демьянов А.В. К проблеме аутоагрессии в армии // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 95-96.
99. Пащенко И.Е., Рыжкова М.Г., Левинсон А.Н. Клинико-социальные и психологические особенности аутоагрессивного поведения лиц, в прошлом перенесших черепно-мозговую травму//Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 94-95.
100. Перехов О.Я. «Непрямое» самоубийство как вариант саморазрушающего поведения // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 96-97.
101. Петровский А.В. Проблемы развития личности с позиций социальной психологии // Вопросы психологии. 1984. № 4. С. 15-30
102. Пилягина Г.Я. Механизмы суицидогенеза и оценка суицидального риска при различных формах аутоагрессивного поведения // Архів психіатрії. - 2003. – Том 9, № 4. – С. 18-26.

103. Пилягина Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? // Таврический журнал психиатрии. — 1999. — Т. 3, № 3. — С. 24–27.
104. Пилягина Г.Я. К вопросу о клинко-патогенетической типологии аутоагрессивного поведения / Таврический журнал психиатрии. — 2000. — Т. 4, № 1. — С. 22–24.
105. Пищулин Н.П., Огородников Ю.А.. Философия образования. А.О.»Московские учебники». М.2003.
106. Поздняк В.П. Эпидемиологический анализ суицидов в г. Минске (1994 -1997 гг.)/ Поздняк В.П., Рунец К.Е., Ласый Е.В. и др.// Проблемы организационной и социальной психиатрии. М., 2000. - С. 318.
107. Полунина А.Г. Злоупотребление алкоголем и наркотиками в подростковом возрасте /А.Г.Полунина, Е.А.Брюн // Журн. Неврологии и психиатрии. – 2009. - №10. – С.81-86
108. Положий Б. С. Транскультуральные аспекты суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии / Б. С. Положий, А. И. Лазебник // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 55—61
109. Положий Б.С. Клиническая суицидология: этнокультуральные подходы. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. – 207 с.
110. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения Суицидология, №1 (2012), С.8-11
111. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (18.10.2014)
112. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 2. – С. 4-8.

113. Польская Н.А. Роль социальных факторов в развитии самоповреждающего поведения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52626.shtml> (04.11.2014)
114. Полянский Д. А. Клинико-терапевтические факторы риска суицидального поведения у больных эпилепсией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. А. Полянский. – М., 2003. – 25 с
115. Помро К. Суицидальное поведение в юношеском возрасте/ Помро К., Делорм М., Дрюо Ж. М., Тедо Ф. - П.// Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - №3. - С. 63 - 68.
116. Попов Ю.В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков / Ю. В. Попов, А. В. Бруг // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – СПб., 2005. - №1. – С. 24-26.
117. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.
118. Попова Н. М. Клиническая характеристика суицидентов, наблюдавшихся в различных звеньях суицидологической службы// Актуальные вопросы психиатрии: материалы VIII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 1997. – Вып. 8. – С. 79—81.
119. Поппе Г.К. Нарушения поведения при умственной отсталости у детей // Нарушения поведения детей и подростков. СПб.,1992. - С. 11-17.
120. Портнов В.А. Антиципация возраста совершения повторных суицидальных попыток/ Портнов В.А., Смирнов П.В.// Проблемы организационной и социальной психиатрии. М., 2000. - С. 319.
121. Психиатрия детского и подросткового возраста. Под ред. К.Гилберта, Л.Хеллгрена. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 544с.
122. Психология суицида: учебно - метод. Пособие / Сост. И.Н. Рассказова. - Омск: изд-во ОмГМА. – 2005. - с. 19

123. Психология: Учебник для гуманитарных вузов, 2-е изд. / Под общ. ред. В.Н.Дружинина. – СПб.: Питер, 2009. – 656 с.
124. Пырков П. П. Помощь пациентам с аутоагрессивным поведением в соматических больницах/ Пырков П. П.// Социальная и клиническая психиатрия. 1993. - Т. 3. Вып. 1. - С. 123 – 124
125. Реан А.А. Изучение агрессивности личности // Реан А.А. Психология изучения личности. - СПб., 1999. - С. 216-251.
126. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение // Суицидология - 2013. - №1. - С.3-14
127. Ромасенко Л.В. Социально-стрессовые факторы в генезе аутоагрессивного поведения, проявляющегося психосоматическими расстройствами // Гетероагрессивные и аутоагрессивные действия при шизофрении, коморбидной с бронхиальной астмой // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. – С. 104-105.
128. Руженков А.А., Лобов Г.А., Боева А.В. К вопросу об уточнении содержания понятия «аутоагрессивное поведение» //Электронный ресурс<http://www.vsma.ac.ru/publ/vest/032/article/index4.htm> – 11.04.2009.
129. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения // Суицидология – 2014. – №1(14). - С.41-51
130. Семенова Н.Б. Когнитивные факторы риска суицидального поведения у коренных народов Севера// Суицидология - 2013. - №1. - С.28-32
131. Сидоров Н.Р. Психология девиантного поведения: новый взгляд // Вестник практической психологии.- 2008.- №2.-С.47-51
132. Сидорюк О.В., Пронина Л.А. Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. М., - Ижевск, 1997. - Вып. 2. - С. 59 – 62
133. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркоманий и алкоголизма. – М., 2009. – 176с.

134. Славогородский Я.М. Клиническая динамика и терапия психических расстройств у подростков девочек в постсуицидальном периоде: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2000. - 24 с.
135. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. М., 2001. – 170с.
136. Соколова Е.Т., Цыганкова П.В. Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида // Вопросы психологии. – 2011. – № 2. – С. 90-100.
137. Сперанская О.И., Ефремова О.И. Табачная зависимость как форма аутоагрессивного поведения: дифференцированные подходы к терапии// Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 110-111
138. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. - 376 с.
139. Стрельник С.Н. Макроритмическая динамика гетеро- и аутоагрессивного поведения больных с эндогенными депрессиями // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 111-112.
140. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 59–73.
141. Тормосина Н.Г. Аутодеструктивное поведение и подростковые субкультуры: фактор риска или ресурс профилактики. [Электронный ресурс] // Прикладная психология и психоанализ: электрон. Науч. Журн. 2010. N 2. URL: <http://ppip.su> (12.03.2012)
142. Тукаев Р. Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 год / Р. Д. Тукаев //Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 151—163.
143. Усова Е.Б. Психология девиантного поведения: учеб.- метод. комплекс / Е.Б. Усова. – Минск: Изд-во МИУ, 2010. – 180с.

144. Феррис П. Зигмунд Фрейд.- Минск: Попурри, 2001. – 245с.
145. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. С. 193-197
146. Фосетт Я. Тревожные расстройства, симптомы тревоги и самоубийство // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 76-81.
147. Фрейд, З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Суицидология: прошлое и настоящее. - М.: Когито-центр, 2001. - С. 255-270.
148. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности /Пер. с англ.— М., 1994.— 447 с.
149. Халафян А.А. STATISTICA 6. Математическая статистика с элементами теории вероятностей. М.: Бином, 2010, с.496.
150. Ханзян Э. Дж. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения// Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. – М.: Класс, 2000. – 420 с.
151. Харитонов С.В. Неспецифические феномены суицидального поведения у больных с личностными расстройствами //Суицидология №1 2013 с.42-47
152. Хмарук И.Н. Особенности аутоагрессивного поведения в структуре эротических аддикций// Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 128.
153. Ховрачев А.П., Юрченко Л.Н. Личностные основы аутоагрессии больных алкогольной зависимостью// Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 128-129.
154. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. – М.: Медиапрактика, 2011. – 480 с.
155. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной

- модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (29.10.2012.)
156. Холмогорова А.Б., Евлашкина Н.М. Социальная ситуация развития и динамика агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением. // Дефектология. – 2011 – № 2. – С. 71-81
157. Холмогорова А.Б., Смирнова Н.С. Комплексная модель интерперсональных отношений как теоретическая основа для их изучения у подростков с нарушениями поведения // Культурно-историческая психология. – 2009. – № 4. – С. 94-99.
158. Цыганков Б.Д, Ваулин С.В Оценка суицидального риска при госпитализации в психиатрический стационар // Психическое здоровье, 2012.-N 4.-С.33-36.
159. Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48-51.
160. Чуев Ю. Ф. Особенности суицидального поведения у больных депрессиями инволюционного возраста: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Чуев Ю. Ф. - Харьков, 1991.-30 с.
161. Чуприкова Е.Г. К вопросу профилактики суицидов у детей и подростков/ Чуприкова Е.Г., Дравицкая О.О., Чуприков А.П.// Проблемы организационной и социальной психиатрии. М., 2000. - С. 320 - 321.
162. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году [Электронный ресурс] URL: <http://www.medizdatpress.ru/journals/archive/94/32768/36333> (04.11.2014).
163. Шевцов Ю.Б, Игонин А.Л., Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 2 // Наркология. – № 9. – 2007. – С. 42-50
164. Шнейдман Эдвин С., Душа самоубийцы / Пер. с англ. М.: Смысл, 2001. С. 315
165. Шустов Д. Я. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.:Когито-Центр, 2005. - 214 с.

166. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. Суицид как психологический феномен // *Фундаментальные исследования*. 2007. - № 12. - С. 304-306
167. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – М.: Медицина, 2001. – 129 с
168. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология Днепропетровск: Пороги, 2006. - 473 с.
169. Ahren-Moonga J., Holmgren S., von Knorring et al. Personality traits and self-injurious behavior in patients with eating disorders // *Europ. Eating Disord. Rev.* – 2008. – Vol. 15, № 4. – P. 268-275.
170. Bolton J.M. et al. A Population-Based Longitudinal Study of Risk Factors for Suicide Attempts in Major Depressive Disorder // *J. Psych. Res.* – 2010. – Vol. 44, № 13. – P. 817-826.
171. Borges G., Angst J., Nock M.K. et al. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys // *J. Affect. Dis.* – 2008. – Vol. 105, № 1-3. – P. 25-33.
172. Brent D.A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31. – P.157-177.
173. Brezo J., Bureau A., Merette C., Jomphe V., Barker E.D., Vitaro F., Hebert M., Carbonneau R., Tremblay R.E., Turecki G. Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene-environment study // *Mol. Psychiatry*. – 2010. – Vol.15, № 8. – P. 831-843.
174. Brown D.R., Galushka D.A., Zhang J. et al. Physical activity, sport participation and suicidal behavior: US high school students // *Medicine and Science in Sports and Exercise*. – 2007. – Vol. 39, № 12. – P. 2248-2257.
175. Callado L F. Selective increase of $\alpha 2A$ -adrenoreceptor agonist binding sites in brains of suicide victims / L. F. Callado, J. J. Meana, B. Grijalba // *J. Neurochem*-1998. – Vol. 70. – P. 1114—1123.
176. Cantor C. H. Socioeconomic indices and suicide rate in Queensland / C. H. Cantor, P. J. Slater, J. M. Najman // *Aust. J. Public Health*. – 1995. – Vol. 19, № 4. – P. 417—420.

177. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene // *Science*. – 2003. – Vol. 301. – P. 386-389
178. Cheng A. Personality disorder and suicide. A case control study/ A. Cheng, A. Mann, K. Chan // *Brit. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 170. – P. 441—446
179. Courtet P. Decision making as an endophenotype in suicidal behavior / P. Courtet // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 48—49
180. Currier D., Mann J.J. Stress, genes and the biology of suicidal behavior // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31. – P. 247-269.
181. De Guzman M.R., Bosch K.R. High-Risk Behaviors Among Youth // *Online J. Families Adol. & Youth Issue of July 2007 G1715*, (<http://www.ianrpubs.unl.edu/pages/publicationD.jsp?publicationId=786>)
182. Dubichka B., Goodyor J. Should we prescribe antidepressants to children? // *Psychiatric Bulletin*. – 2005. – V. 29. – p. 164-167.
183. Farmer K. A. Medically serious suicide attempts in a jail with a suicideprevention program / K. A. Farmer, A. R. Felthous, C. E. Holzer // *J. Forensic Sci.* – 1996. – Vol. 41, № 2. – P. 240—246.
184. Favazza A.R, Rosenthal R.J. Varieties of pathological self-mutilation. *Clinical Behavioural Neurology* 1990; 3: 77–85.
185. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient // *An. of the New York Academy of Science*. – 2001. – Vol. 932. – P. 94-102.
186. Fawcett J.W., Curt A. Damage control in the nervous system: rehabilitation in a plastic environment// *National Medicine*. – 2007. – Vol. 15, № 7. – P. 735-736.
187. Finzen A. Psychiatrische Behandlung und Suizid: Kann psychiatrische Behandlung den Patienten - Suizid verhindern? / Finzen A. // *Psychiatr. Prax.* - 1984. - Bd. 11, № 1. - P. 1-5.
188. Franko D. L. Suicidal behavior in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa: report from a longitudinal stay / D. L. Franko, D. B. Herzog, D. J. Doler, P. K. Keel // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 46.

189. Gerra G. Neurotransmitter-neuroendocrine responses to experimentally induced aggression in humans: influence of personality variable / G. Gerra, A. Zaimovic, P. Avanzini // *Psychiatry Research*. – 1997. – Vol. 66. – P. 33—43
190. Giegling J. An intermediate phenotype strategy in the search for genetic susceptibility factors in suicidal behavior / J. Giegling, D. Goldman, Z. Zhon // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 47.
191. Gimelfarb Y. Suicide in dual diagnosis patients / Y. Gimelfarb, Z. Notan, Y. Baruch // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 193—194.
192. Gould, M.S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1155-1162.
193. Gunnell D., Middleton N., Whitley E., Darling D. et al Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? A time-series analysis of trends in England and Wales, 1950–1998 // *Social Science and Medicine*. – 2003. – V. 57. – № 4. – P. 595-611.
194. Hawton K. Assessment of suicide risk / Hawton K. // *Brit. J. Psychiatry*. - 1987. - Vol. 150, № 2. - P. 145 - 153
195. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors // *Br. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 187. – P. 9-20.
196. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K. et al. Main Predictions of the Interpersonal - Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults // *J. of Abnormal Psychol.* – 2009. – Vol. 118, № 3. – P. 634-646.
197. Katschnig H. Transition probability from attempted to completed suicide: A thirty-year follow-up study / H. Katschnig, M. Freidl // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 53
198. Lane A.M. Jones L., Stevens M.J. Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes and self-efficacy // *J. of Sports Behav.* – 2008. – Vol. 25. – P. 331-345.

199. Lauber C. Mortality ant mental disorders / C. Lauber, V. Ajdacic-Gross, W. Rosser // J. European Psychiatry. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 53—54.
200. Leenars A. The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and US / A. Leenars, B. Yang, D. Lester // J. Clin. Psychol. – 1993. – Vol. 49. – P. 918—921.
201. Lester D. Domestic social integration and suicide in Israel / D. Lester // Isr. J. Psych. Relat. Sci. – 1997. – Vol. 34, № 2. – P. 157—161.
202. Linehan M.M., Rizvi S.L., Welch S.S. et al. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. International handbook of suicide and attempted suicide // Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2000. – P. 147–178.
203. Lonnqvist J. K. Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression // The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour / Eds. K. Hawton, K. van Heeringen. Chichester: Wiley, 2000.
204. Maes M. Lower aerum high-density lipoprotein cholesterol (HDL0C) in major depression and in depressed men with serious suicidal attempts: relationship with immune-inflammatory markers / M. Maes, R. Smith, A. Cristophe et al. // Acta Psychiatr. Scand. – 1997. – Vol. 95, № 3. – P. 212—221.
205. Mann J., Brent D. A., Arango V. The neurobiology and Genetics of Suicide and Attempted Suicide: A Focus on the Serotonergic System // neuropsychopharmacology. 2001. Vfol. 24(5). P. 467-477.
206. Mann J. The neurobiology of suicidal behavior / J. Mann, V. Arango // The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. – San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1998. – P. 98—114
207. Mann J., Waternaux C., Haas G.L. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Am. J. of Psych. – 1999. – Vol. 156. – P. 181-189.
208. Marusic A. High suicide rate: interplay of emironmental and genetic risk factors / A. Marusic // J. European Psychiatry. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1.– P. 47.

209. Meaney M. J., Szyf M., Seckl J. R. Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health // *Trends Mol. Med.* – 2007. – Vol. 13, № 7. – P. 269-277.
210. Moore M.T., Fresco D.M. Depressive Realism and Attributional Style: Implications for Individuals at Risk for Depression // *Behavior Therapy.* – 2007. – Vol. 38. – P. 144-154.
211. Murphy G. E. Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Substance Abuse // *The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour/* Eds. K. Hawton, K. van Heeringen. Chichester: Wiley, 2000. P. 45-50
212. Mykletum A. General mortality from anxiety and depression / A. Mykletum, O. Bjerkeset, R. Stemart, M. Dewey // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 54.
213. Nock M.K., Hwang I., Sampson N. et al. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys // *PLoS Med* 5(5): e10574.– 2010. P. 45-50
214. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al. Suicide and Suicidal Behavior // *Epidemiology Review.* – 2008. – Vol. 30, № 1. – P. 133-154.
215. Nordentoft M. Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behavior in Copenhagen // *J. European Psychiatry.* – 2005. – Vol. 20, № 2. – S. 121—125
216. Oldham J. M. Borderline Personality Disorder and Suicidality//*American Journal of Psychiatry.* 2006. N° 163. R 20-26.
217. Olsson A., Ebert J.P., Banaji M.R. et al. The role of social groups in the persistence of learned fear// *Science.* – 2005. – Vol. 309. – P. 785-787.
218. Parental alcoholism predicts suicidal behavior in adolescents and young adults with cannabis dependence / Arendt M., Sher L., Fjordback L., Brandholdt J., Munk-Jorgensen P. // *Int J Adolesc Beck A. T. Med Health.* 2007 Jan- Mar ; 19(1) : 67 -77.
219. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder// *Psychiatric Services.* 2002. № 53. R 738-742.

220. Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., et al Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 97-104
221. Raju R., Corrigan F.M., Davidson A.J.W., Johnson D. Assessing and managing mild to moderate emotion dysregulation // *Adv. Psychiat. Treat.* – 2012. – Vol. 18. – P. 82-93.
222. Ravens-Sieberer U., Wille N., Erhart M. et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey // *Europ. Child and Adol. Psych.* – 2008. – Vol. 17, № 1. – P. 22-33.
223. Remschmidt H. *Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter/ Remschmidt H.* - Stuttgart, 1992. - P. 299 – 300
224. Rihmen Z. Changing suicide rates in western and central Europe / Z. Rihmen // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 35
225. Rihmen Z. Programs and campaigns: introducing better understanding of suicide phenomenon / Z. Rihmen, X. Gong, A. Rihmen // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 34
226. Roy A. Family history of suicide in manic-depressive patients/ Roy A.// *J. Affect. Disord.* - 1985. - Vol. 8, № 2. - P. 187 - 189.
227. Roy A., Nielsen D., Rylander G., Sarchiapone M. *The Genetics of Suicidal Behaviour // The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour / Eds. K. Hawton, K. van Heeringen.* Chichester: Wiley, 2000.
228. Rozanov V.A. Epigenetics: Stress and Behavior // *Neurophysiology.* – 2012. – Vol. 44, № 4. – P. 332-350.
229. Rybakowski J. The study of the relationship between cholesterol and lipid concentration and suicidal behavior in patients with schizophrenia affective illness / J. Rybakowski, J. Ainiel, Z. Szajnerman et al. // *Psychiatry. Pol.* – 1996. – Vol. 30, № 5. – P. 699—712.
230. Saiz P. A. The link between the serotonin system and suicidality / P. A. Saiz // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 49.

231. Schmidtke A. Changing patterns of suicide attempts in Europe / A. Schmidtke, D. Wasserman, C. Lohn // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 35
232. Schneider B. Nicotine use in suicides: a case control study / B. Schneider, A. Schnabel, B. Weber // *J. European Psychiatry*. – 2005. – Vol. 20, № 2. – P. 129
233. Schulsinger F. A family story of suicide / F. Schulsinger, S. Kety, D. Rosenthal // *Origins, prevention and treatment of affective disorders*. – New York : Academic Press, 1979. – P. 277—278
234. Shaffer D. The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors / Shaffer D. // *J. of Clinical Psych.* - 1988. - Vol. 49. - P. 36 - 41.
235. Soloff P. H., Lynch K. G., Kelly T. M., Malone K. M., Mann J. J. Characteristics of Suicide Attempts of Patients with Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study // *American Journal of Psychiatry*. 2000. № 157. P. 601-608.
236. Spijker J. Does duration of depression predict suicidality / J. Spijker, M. Ten Have, R. De Grant // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 52—53.
237. Sudak H., Ford A., Rushfort N. Adolescent suicide: An overview.// *Am. J. Psychoter.* 1984. - Vol. 192, № 1. - P. 78 – 84
238. Terzian M.A., Andrews K.M., Moore, K.A. Pre-venting Multiple Risky Behaviors: An Updated Framework for Policy and Practice. Washington DC: Child Trends. Publ. 2011-24, September 2011.
239. Tidemalm D., Runeson B., Waern M. et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals // *Psychol. Med.* – 2011. – Vol. 41, № 12. – P. 2527-2534.
240. Traskman-Bendz L. Neuroendocrine effects of L-tryptophan and dexamethasone / L. Traskman-Bendz, R. Haskett, A. P. Zis // *Psychopharmacology*. – 1986. – Vol. 89. – P. 85—88
241. Verona E., Patrick C., Joiner T. Psychopathy, antisocial personality and suicide risk // *Journal of abnormal psychology*. – 2001. – V. 110. – P. 462-470.
242. Wang Ph. S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J. et al. Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in

the WHO World Mental Health (WMH) Surveys // *The Lancet*. – 2007. – Vol. 370, № 9590. – P. 841-850.

243. Wasserman D. Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics : Some novel findings / D. Wasserman, J. Wasserman, V. Rozanov // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 48.
244. Zouk H., Tousignant M., Seguin M. et al. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions // *J. of Aff. Disord.* – 2006. – Vol. 92. – P. 195-204.

Приложение А

Карта-опросник по выявлению факторов риска аутоагрессивного поведения у лиц
призывного и допризывного возраста

№	Имя признака	шифр
1	Пол обследуемого	
	м	1.1
2	Возраст /полных лет/ на момент обследования	
	16 лет	2.1
	17 лет	2.2
	18лет	2.3
	19	2.4
	20	2.5
	21	2.6
	22	2.7
	23	2.8
	24	2.9
	25	2.10
	26	2.11
	27	2.12
3	Место проживания	
	город	3.1
	сельская местность	3.2
	БОМЖ	3.3
4	Кем воспитывался обследуемый	
	обоими родителями	4.1

	матерью	4.2
	отцом	4.3
	бабушкой, дедушкой	4.4
	другими родственниками	4.5
	в приемной семье	4.6
	в государственном учреждении /детском доме/	4.7
5	Причина отсутствия матери	
	лишена родительских прав	5.1
	умерла	5.2
	отбывает наказание	5.3
	развод	5.4
	информации нет	5.5
	полная семья	5.6
	мать есть	5.7
6	Причина отсутствия отца	
	лишен родительских прав	6.1
	умер	6.2
	отбывает наказание	6.3
	развод	6.4
	информации нет	6.5
	полная семья	6.6
	отец есть	6.7
7	Причина смерти матери	
	психическое заболевание	7.1

	соматическое заболевание	7.2
	суицид	7.3
	несчастный случай	7.4
	жива	7.5
	информации нет	7.6
8	Причина смерти отца	
	психическое заболевание	8.1
	соматическое заболевание	8.2
	суицид	8.3
	несчастный случай	8.4
	жив	8.5
	информации нет	8.6
9	Количество детей в семье /братья, сёстры/ обследуемого	
	один ребенок	9.1
	два	9.2
	три	9.3
	четыре	9.4
	пять	9.5
	шесть	9.6
	семь	9.7
	восемь	9.8
	девять	9.9
	десять и более	9.10
	информации нет	9.11

10	Каким по счету родился	
	первым	10.1
	вторым – третьим	10.2
	четвёртым – шестым	10.3
	седьмым – восьмым	10.4
	девятым – десятым	10.5
	информации нет	10.6
11	Патология перинатального периода	
	патология беременности у матери	11.1
	патология родов	11.2
	патология раннего постнатального периода	11.3
	без патологии	11.4
	информации нет	11.5
	патология перинатального периода	11.6
12	Отношения между родителями	
	хорошие	12.1
	нейтральные	12.2
	неустойчивые	12.3
	конфликтные	12.4
	информации нет	12.5
13	Воспитание обследуемого по типу	
	гипопротекции	13.1
	доминирующей гиперпротекции	13.2
	потворствующей гиперпротекции («кумир семьи»)	13.3

	эмоционального отвержения (по типу «Золушки»)	13.4
	жестких взаимоотношений	13.5
	повышенной моральной ответственности	13.6
	потворствующая гипопротекция	13.7
	воспитание в атмосфере культа болезни	13.8
	противоречивое воспитание	13.9
	воспитание вне семьи	13.10
	другое	13.11
14	Асоциальное поведение матери	
	алкоголизация	14.1
	наркотизация	14.2
	судимости	14.3
	не было	14.4
	информации нет	14.5
15	Асоциальное поведение отца	
	алкоголизация	15.1
	наркотизация	15.2
	судимости	15.3
	не было	15.4
	информации нет	15.5
16	Образование матери	
	высшее	16.1
	незаконченное высшее	16.2
	среднее специальное	16.3

	неполное среднее	16.4
	начальное	16.5
	неграмотная	16.6
	информации нет	16.7
17	Образование отца	
	высшее	17.1
	незаконченное высшее	17.2
	среднее специальное	17.3
	неполное среднее	17.4
	начальное	17.5
	неграмотный	17.6
	информации нет	17.7
18	Сфера работы матери	
	промышленное производство	18.1
	сельхоз. производство	18.2
	строительные организации	18.3
	транспортные организации	18.4
	сфера услуг	18.5
	учреждения медицинские, культуры, школы, училища, НИИ, ВУЗы	18.6
	военнослужащие	18.7
	частно-предпринимательская деятельность	18.8
	безработная	18.9
	инвалид	18.10
	прочее	18.11

	информации нет	18.12
19	Сфера работы отца	
	промышленное производство	19.1
	сельхоз. производство	19.2
	строительные организации	19.3
	транспортные организации	19.4
	сфера услуг	19.5
	учреждения медицинские, культуры, школы, училища, НИИ, ВУЗы	19.6
	военнослужащие	19.7
	частно-предпринимательская деятельность	19.8
	безработный	19.9
	инвалид	19.10
	прочее	19.11
	информации нет	19.12
20	Среднемесячный доход на одного члена семьи	
	до 5 тыс. руб	20.1
	от 6 до 10 тыс. руб	20.2
	от 11 до 12 тыс. руб	20.3
	от 13 до 15 тыс. руб	20.4
	от 16 до 20 тыс. руб	20.5
	от 21 до 30 тыс руб	20.6
	свыше 30 тыс. руб	20.7
21	Характеристика жилищных условий	
	живет в отдельной квартире	21.1

	имеет комнату в квартире	21.2
	не имеет отдельной комнаты в квартире	21.3
	живет в перенаселенной квартире	21.4
	общежитие	21.5
	частное домовладение	21.6
	школа-интернат	21.7
	снимает квартиру	21.8
	не имеет жилья	21.9
22	Посещение ДДУ обследуемым	
	да	22.1
	нет	22.2
23	Образование обследуемого	
	не имеет	23.1
	менее 9 классов	23.2
	неполное среднее (9 классов)	23.3
	среднее общее	23.4
	среднее специальное	23.5
	среднее техническое	23.6
	неполное высшее	23.7
	высшее	23.8
24	Вид обучения обследуемого	
	общеобразовательная программа	24.1
	коррекционная программа	24.2
	не обучался	24.4

25	Успеваемость обследуемого	
	хорошая	25.1
	удовлетворительная	25.2
	плохая /дублировал классы/	25.3
26	Интересы обследуемого вне учёбы (хобби)	
	спортивные секции	26.1
	неформальные группы/экстремальные виды спорта	26.2
	увлечение техникой	26.3
	общественная работа	26.4
	религия, аккультные науки	26.5
	времяпрепровождение без цели	26.6
	посещение сайтов, пропагандирующих суициды	26.7
	отношение к молодежным субкультурам, пропагандирующих суициды	26.8
	музыка/игра в музыкальной группе	26.9
	компьютеры/игра в компьютерные игры\общение в соц.сетях	26.10
27	Семейное положение обследуемого	
	холост	27.1
	женат	27.2
	разведен	27.3
	вдовец	27.4
	состоит в гражданском браке	27.5
28	Наличие детей у обследуемого	
	нет	28.1
	1 ребенок	28.2

	2 ребенка	28.3
	3 и более детей	28.4
29	Отягощенность наследственности алкоголизмом	
	отягощена алкоголизмом матери	29.1
	отягощена алкоголизмом отца	29.2
	отягощена алкоголизмом обоих родителей	29.3
	отягощена алкоголизмом других родственников	29.4
	не отягощена	29.5
	информации нет	29.6
30	Отягощенность наследственности психическими заболеваниями	
	отягощена психическим заболеванием матери	30.1
	отягощена психическим заболеванием отца	30.2
	отягощена психическим заболеванием обоих родителей	30.3
	отягощена психическим заболеванием других родственников	30.4
	не отягощена	30.5
	информации нет	30.6
31	Наблюдение у психиатра до приписной комиссии	
	да	31.1
	нет	31.2
32	ЧМТ в анамнезе	
	не было	32.1
	1	32.2
	2	32.3
	3 и более	32.4

33	Перенесенные нейроинфекции в анамнезе	
	не было	33.1
	в тяжелой форме	33.2
	в средней степени тяжести	33.2
34	Количество госпитализаций в психиатрические больницы	
	не было	34.1
	одна госпитализация	34.2
	2-3 госпитализации	34.3
	4-6 госпитализаций	34.4
35	Клинический диагноз	
	Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство	35.1
	Органическое расстройство личности	35.2
	Расстройство личности инфантильное	35.3
	Расстройство личности эмоционально-неустойчивое	35.4
	Расстройство личности астеническое	35.5
	Расстройство личности истерическое	35.6
	Расстройство личности шизотипическое	35.7
	Тревожно-фобическое расстройство	35.8
	Легкая умственная отсталость	35.9
	Без психических расстройств	35.10
	Неврастения	35.11
36	Наличие инвалидности у обследуемого по психическому заболеванию	
	инвалидности нет	36.1
	1 группа	36.2

	2 группа	36.3
	3 группа	36.4
37	Сопутствующие заболевания	
	болезни эндокринной системы, обмена веществ, иммунитета	37.1
	болезни крови и кроветворных органов	37.2
	болезни нервной системы и органов чувств	37.3
	болезни сердечно-сосудистой системы	37.4
	болезни органов дыхания	37.5
	болезни органов пищеварения	37.6
	болезни мочеполовой системы	37.7
	болезни кожи и подкожной клетчатки	37.8
	венерические болезни	37.9
	болезни костно-мышечной системы	37.10
	врожденные аномалии	37.11
	онкологические заболевания	37.12
	сопутствующего заболевания нет	37.13
38	Наличие инвалидности у обследуемого по соматическому заболеванию	
	инвалидности нет	38.1
	1 группа	38.2
	2 группа	38.3
	3 группа	38.4
39	Побеги из дома, бродяжничество	
	да	39.1
	нет	39.2

40	Ранняя алкоголизация	
	да	40.1
	нет	40.2
41	Агрессивное поведение	
	да	41.1
	нет	41.2
42	Нарушение пищевого поведения	
	да	42.1
	нет	42.2
43	Сексуальные девиации и перверсии	
	да	43.1
	нет	43.2
44	Патохарактерологические реакции	
	отказа	44.1
	оппозиции	44.2
	имитации	44.3
	гиперкомпенсации	44.4
	группирования	44.5
	эмансипации	44.6
	не было	44.7
45	Коммуникативные девиации	
	аутистическое поведение	45.1
	гиперобщительность	45.2
	конформистское поведение	45.3

	псевдологическое поведение	45.4
	не было	45.5
46	Отношение обследуемого к алкоголю	
	употребляет эпизодически	46.1
	употребляет регулярно	46.2
	псевдозапой	46.3
	не употребляет	46.4
47	Употребление наркотических веществ /конопли/	
	разово	47.1
	эпизодически	47.2
	регулярно	47.3
	не употребляет	47.4
48	Приводы в полицию	
	нет	48.1
	да	48.2
49	Учет в ИДН	
	нет	49.1
	да	49.2
50	Наличие судимости	
	нет	50.1
	да	50.2
51	Наблюдение наркологом	
	нет	51.1
	да	51.2
52	Установка на службу в армии	
	активная установка	52.1

	формальная установка	52.2
	относится с безразличием	52.3
	не имеет установки	52.4
53	Причина отсутствия установки	
	страх погибнуть	53.1
	страх «беспредела»	53.2
	«бесполезная трата времени»	53.3
	установка есть	53.4
	прочее	53.5
54	Тип акцентуации характера	
	демонстративный тип	54.1
	застревающий тип	54.2
	педантичный тип	54.3
	возбудимый тип	54.4
	гипертимический тип	54.5
	дистимический тип	54.6
	тревожный тип	54.7
	экзальтированный тип	54.8
	эмотивный тип	54.9
	циклотимный тип	54.10
	нет акцентуации	54.11
55	Шкала проявлений тревоги	
	Высокий уровень (40-50 баллов)	55.1
	Высокий уровень (25-40 баллов)	55.2
	Средний (с тенденцией к высокому) уровень (15-25 баллов)	55.3

	Средний (с тенденцией к низкому) уровень (5-15 баллов)			55.4
	Низкий уровень тревоги (0-5 баллов)			м.5
56	Темперамент (опросник Айзенка)			
	сангвиник			56.1
	холерик			56.2
	флегматик			56.3
	меланхолик			56.4
57	Количество эпизодов аутодеструктивного поведения			
	1			57.1
	2			57.2
	3 и более			57.3
58	Наличие суицидальных попыток у родителей			
	у обоих родителей			58.1
	у отца			58.2
	у матери			58.3
	не было			58.4
	нет сведений			58.5
59	Наличие суицидальных мыслей в момент АП			
	да			59.1
	нет			59.2
60	Возраст на момент эпизода аутодеструктивного поведения	1 эпизод	2 эпизод	последующие
	13 – 14 лет	60.1.1	60.2.1	60.3.1

	15 – 16 лет	60.1.2	60.2.2	60.3.2
	17 – 18 лет	60.1.3	60.2.3	60.3.3
	19 – 20 лет	60.1.4	60.2.4	60.3.4
	21 – 22 года	60.1.5	60.2.5	60.3.5
	23 года и более	60.1.6	60.2.6	60.3.6
	не было		60.0	
61	Прием алкоголя на момент аутодеструктивного поведения	1 эпизод	2 эпизод	3 эпизод
	да	61.1.1	61.2.1	61.3.1
	нет	61.1.2	61.2.2	61.3.2
62	Мотив аутодеструктивного поведения	1 эпизод	2 эпизод	3 эпизод
	плохие семейные взаимоотношения	62.1.1	62.2.1	62.3.1
	неудовлетворенная любовь	62.1.2	62.2.2	62.3.2
	финансовые проблемы	62.1.3	62.2.3	62.3.3
	тяжелое соматическое заболевание	62.1.4	62.2.4	62.3.4
	тяжелая болезнь близких родственников (смерть)	62.1.5	62.2.5	62.3.5
	«как все» (СИЗО)	62.1.6	62.2.6	62.3.6
	одиночество	62.1.7	62.2.7	62.3.7
	алкоголизация	62.1.8	62.2.8	62.3.8
	неизвестные причины	62.1.9	62.2.9	62.3.9
63	Виды аутодеструктивного поведения	1 эпизод	2 эпизод	3 эпизод
	повешение	63.1.1	63.2.1	63.3.1
	утопление	63.1.2	63.2.2	63.3.2
	отравление медикаментами	63.1.3	63.2.3	63.3.3

	использование колюще-режущих предметов	63.1.4	63.2.4	63.3.4
	падение с высоты	63.1.5	63.2.5	63.3.5
	прижигание сигаретой	63.1.6	63.2.6	63.3.6
	другие способы	63.1.7	63.2.7	63.3.7
64	Место аутодеструктивного поведения	1 эпизод	2 эпизод	3 эпизод
	общежитие, тюрьма	64.1.3	64.2.3	64.3.3
	лечебное учреждение	64.1.4	64.2.4	64.3.4
65	Присутствие «зрителей»	1 эпизод	2 эпизод	3 эпизод
	да	65.1.1	65.2.1	65.3.1
	нет	65.1.2	65.2.2	65.3.2
66	Тип аутодеструктивного поведения	1 эпизод	2 эпизод	3 эпизод
	релаксационный тип	66.1.1	66.2.1	66.3.1
	манипулятивный тип	66.1.2	66.2.2	66.3.2
	инфантильно-демонстративный тип	66.1.3	66.2.3	66.3.3
	по типу «призыв»	66.1.4	66.2.4	66.3.4
	инфантильно-подражательный тип	66.1.5	66.2.5	66.3.5
	«мазохистический» тип	66.1.6	66.2.6	66.3.6
	симулятивный тип	66.1.7	66.2.7	66.3.7
	в своем доме (квартире)	64.1.1	64.2.1	64.3.1
	вне дома (квартиры)	64.1.2	64.2.2	64.3.2