МЧС России

Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы

Кафедра ПСИХОЛОГИИ РИСКА, ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ

#### КУРСОВАЯ РАБОТА

По дисциплине «Суицидология»

Тема: «Динамика социально-психологической дезадаптации при анализе суицидального поведения»

Выполнила: Линкина Анна

Факультет психологии,

курс, группа № 0741

Санкт-Петербург - 2010

Введение

Вспоминая всю историю человечества с древнейших времен, всегда и повсюду мы встречаемся с таким явлением как самоубийство. Почему люди начинают мыслить о самоубийстве? Что их побуждает к таким действиям? И почему именно в современное время проблема самоубийства стала намного острее, нежели в прошлом? Эти вопросы занимали умы многих специалистов различных профессий: психологов, социальных работников, медиков, философов.

Суицид некоторыми из них рассматривался как социальный феномен, присущий только человеку. Самоубийства, особенно вызванные нарушением межличностных отношений, были и будут.

На протяжении последних лет в нашей стране проводятся систематические комплексные исследования суицидального поведения, которые обеспечивают возможность анализа феномена суицида на разных уровнях, в том числе и на социальном и психологическом.

В данной работе я собираюсь рассмотреть суицидальное поведение как результат социально-психологической дезадаптации, рассматриваемой в клинико-психологической концепции А.Г. Амбрумовой. Решающим моментом формирования суицидальных проявлений в этой концепции, по мнению некоторых авторов, является суицидогенный конфликт, который запускает механизм развития социально-психологической дезадаптации.

Я считаю, что проблема дезадаптации очень актуальна, т.к. является очень распространённой и не редко имеет суицидальный исход. А также может помочь в проблеме диагностики состояний дезадаптации.

. Понятие социально-психологической дезадаптации

Дезадаптация - какое-либо нарушение адаптации, приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды. Состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения, развитию патологических процессов. Полное несоответствие между организмом и внешними условиями его существования несовместимо с жизнедеятельностью. Степень дезадаптации характеризуется уровнем дезорганизации функциональных систем организма. В зависимости от характера функционирования, выделяют две формы дезадаптации:

непатологическая: поддержание гомеостаза возможно при режиме усиленного, но «нормального» физиологического функционирования;

патологическая: поддержание гомеостаза возможно только при переходе к патологическому функционированию.

В отношении к человеку применимы категории психической, психологической и социальной дезадаптации. Объективные проявления дезадаптации выражаются определенным типом поведения, а субъективные - широкой гаммой психоэмоциональных сдвигов (Амбрумова А.Г., 1980). Личностная дезадаптация может привести к формированию суицидального поведения в случае невозможности реализации базовых ценностных установок.

Подходы к проблеме дезадаптации: медицинский, социально-психологический и онтогенетический.

Рассматривая существующие в современной науке подходы к проблеме дезадаптации, можно выделить три основных направления.

1.1 Медицинский подход

Сравнительно недавно в отечественной, большей частью психиатрической литературе появился термин "дезадаптация", обозначающий нарушение процессов взаимодействия человека с окружающей средой. Его употребление достаточно неоднозначно, что обнаруживается прежде всего в оценке роли и места состояний дезадаптаций по отношению к категориям "норма" и "патология". Отсюда - трактовка дезадаптации как процесса, протекающего вне патологии и связанного с отвыканием от одних привычных условий жизни и, соответственно, привыкание к другим. (Т.Г. Дичев, К.Е. Тарасов,1976. Проблема адаптации и здоровья человека. - М, 1976); понимание под дезадаптацией нарушений, выявляемых при акцентуациях характера. (А.Е. Личко. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - М. Медицина, 1983; В.Е. Каган. Психогенные формы школьной дезадаптации.// Вопросы психологии.1984-№4); оценка преневротических нарушений, невротических состояний как наиболее универсальных проявлений психической дезадаптации. (Ю.А. Александровский. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. - М.: Медицина, 1976). Термин "дезадаптация", употребляемый в отношении психических больных, означает нарушение или утрату полноценного взаимодействия индивида с окружающим его миром.

Ю.А. Александровский определяет дезадаптацию как "поломки" в механизмах психического приспособления при остром или хроническом эмоциональном стрессе, которые активизируют систему компенсаторных защитных реакций. По мнению С.Б. Семичева (Предболезненные психические расстройства. - М, 1987), в понятии "дезадаптация", следует различать два значения. В широком смысле под дезадаптацией можно подразумевать расстройства адаптации (включающие и непатологические ее формы), в узком смысле дезадаптация предполагает лишь предболезнь, т.е. процессы, выходящие за пределы психической нормы, но не достигающие степени болезни. Дезадаптация рассматривается как одно из промежуточных состояний здоровья человека от нормы до патологии, наиболее близкое к клиническим проявлениям болезни. В.В.Ковалев характеризует состояние дезадаптации как повышенную готовность организма к возникновению того или иного заболевания, формирующегося под влиянием различных неблагоприятных факторов. При этом описание проявлений дезадаптации весьма схожие с клиническим описанием симптоматики пограничных нервно-психических нарушений.

.2 Социально-психологический подход

дезадаптация суицидальный социальный психологический

Для более глубокого понимания проблемы важно рассмотреть соотношение понятий социально-психологической адаптации и социально- психологической дезадаптации. Если понятие социально-психологической адаптации отражает явления включенности, взаимодействия и интеграции с общностью и самоопределения в ней, а социально-психологическая адаптация личности заключается в оптимальной реализации внутренних возможностей человека и его личностного потенциала в социально значимой деятельности, в способности, сохраняя себя как личность, взаимодействовать с окружающим социумом в конкретных условиях существования, то социально-психологическая дезадаптация рассматривается большинством авторов (Б.Н. Алмазов,1991; С.А. Беличева,1994; Т.Г. Дичев,1976; С.Раттер,1987) как процесс нарушения гомеостатического равновесия личности и среды, как нарушение приспособления индивида в силу действия тех или иных причин; как нарушение, обусловленное "несоответствием врожденных потребностей личности ограничивающему требованию социальной среды; как неспособность личности адаптироваться к собственным потребностям и притязаниям.

В процессе социально-психологической адаптации изменяется и внутренний мир человека: появляются новые представления, знания о деятельности, которой он занимается, в результате чего происходит самокоррекция и самоопределение личности. Претерпевают изменения и самооценка личности, которая связана с новой деятельностью субъекта, ее целями и задачами, трудностями и требованиями; уровень притязаний, образ "Я", рефлексия, "Я-концепция", оценка себя в сравнении с другими. Исходя из данных оснований, происходит изменение установки на самоутверждение, индивид приобретает необходимые знания, умения и навыки. Все это и определяет сущность его социально-психологической адаптации к социуму, успешность ее протекания.

Рассматривая дезадаптацию личности на социально-психологическом уровне, авторы выделяют три основные разновидности дезадаптированности личности (Р.Б. Березин, 1968; А.А. Налгаджян,1968):

а) устойчивая ситуативная дезадаптированность, которая имеет место тогда, когда личность не находит путей и средств адаптации в определенных социальных ситуациях (например, в составе тех или иных малых групп), хотя предпринимает такие попытки -это состояние можно соотнести с состоянием неэффективной адаптации;

б) временная дезадаптированность, которая устраняется с помощью адекватных адаптивных мероприятиях, социальных и внутрипсихических действий, что соответствует неустойчивой адаптации.

в) общая устойчивая дезадаптированность, являющаяся состоянием фрустрированности, наличие которой активизирует становление патологических защитных механизмов.

Среди проявлений психической дезадаптации отмечают так называемую неэффективную дезадаптацию, которая выражается в формировании психопатологических состояний, невротических или психопатических синдромов, а также неустойчивую адаптацию как периодически возникающие невротические реакции, заострение акцентуированных личностных черт.

Результатом социально-психологической дезадаптации является состояние дезадаптированности личности.

Основу дезадаптированного поведения составляет конфликт, под влиянием которого постепенно формируется неадекватное реагирование на условия и требования среды в форме тех или иных отклонений в поведении как реакция на систематически, постоянно провоцирующие факторы, справиться с которыми ребенок не может. Началом является дезориентация ребенка: он теряется, не знает как ему поступить в данной ситуации, выполнить данное непосильное требование, и он либо никак не реагирует, либо реагирует первым попавшимся способом. Таким образом, на начальной стадии ребенок как бы дестабилизирован. Через некоторое время эта растерянность пройдет и он успокоится. Частые проявления дестабилизации приводят ребенка к возникновению стойкого внутреннего (недовольство собой, своим положением) и внешнего (по отношению к среде) конфликта, который ведет к устойчивому психологическому дискомфорту и, как результат такого состояния, к дезадаптивному поведению.

Этой точки зрения придерживаются многие отечественные психологи (Б.Н. Алмазов,1986; М.А. Аммаскин, 1979; М.С.Певзнер,1995; И.А. Невский, 1981; А.С. Белкин, 1981; К.С. Лебединская,1988 и др.). Авторы определяют отклонения в «поведении через призму психологического комплекса средового отчуждения субъекта, и, следовательно, не имея возможности сменить среду, пребывание в которой тягостно для него самого, осознание своей некомпетентности побуждает субъекта к переходу на защитные формы поведения, созданию смысловых и эмоциональных барьеров в отношении с окружающими, снижению уровня притязаний и самооценки».

Эти исследования лежат в основе теории, рассматривающей компенсаторные возможности организма, где под социально-психологической дезадаптированностью понимается психологическое состояние, обусловленное функционированием психики на пределе ее регуляторных и компенсирующих возможностей, выражающееся в недостаточной активности индивида, в затруднении реализиции его основных социальных потребностей (потребность в общении, признании, самовыражении), в нарушении самоутверждения и свободного выражения своих творческих способностей, в неадекватной ориентации в ситуации общения, в искажении социального статуса дезадаптированного ребенка.

В рамках зарубежной гуманистической психологии критикуется понимание дезадаптации как нарушения адаптации - гомеостатического процесса и выдвигается положение об оптимальном взаимодействии личности и среды.

Форма социально-психологической дезадаптации, по их понятиям, такова: конфликт - фрустрация - активное приспособление. По К. Роджерсу дезадаптация - это состояние несоответствия, внутреннего диссонанса, причем главный его источник заключается в потенциальном конфликте между установками "Я" и непосредственным опытом человека.

.3 Онтогенетический подход

С позиции онтогенетического подхода к исследованию механизмов дезадаптации особое значение имеют кризисные, переломные моменты в жизни человека, когда происходит резкое изменение его "ситуации социального развития" (Л.С.Выготский, 1983), вызывающее необходимость реконструкций сложившегося типа адаптивного поведения. В контексте данной проблемы наибольший риск представляет момент поступления ребенка в школу - в период усвоения новых требований, предъявляемых новой социальной ситуацией. Это показывают результаты многочисленных исследований, фиксирующих в младшем школьном возрасте заметное повышение распространенности невротических реакций, неврозов и других нервно-психических и соматических расстройств в сравнении с дошкольным возрастом.

Социально-психологическая дезадаптация по Амбрумовой, рассматриваемая в контексте данной темы.

Нам представляется, что исходным при разработке каузальной концепции суицида должно стать введение понятия, позволяющего ассимилировать и свести в систему факторы, релевантные суициду и добытые на разных уровнях исследования - от социологического до индивидуально-психологического. Этим требованиям отвечает понятие адаптации (и комплементарное к нему понятие дезадаптации) личности.

Понятие адаптации, в его наиболее широком определении, принятом в современной философской литературе, означает соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация - это и процесс, и его результат, т. е. определенная организация. В такой формулировке адаптация относится к числу фундаментальных понятий в целом комплексе наук. В частности, в психологии почти любую общую теорию можно реконструировать так, что в ее основе будет лежать идея адаптации, понимаемой как приспособление к среде, осуществляемой психикой в целом или отдельными психическими системами; причем в ряде теорий (например, у Ж. Пиаже) это понятие эксплицировано, в других - присутствует неявно. Применительно к нашим задачам важно то, что понятие адаптации не было предметом специального анализа в связи с суицидом и не послужило стержневым элементом для создания соответствующего концептуального аппарата суицидологии. Между тем возможно показать прямую связь психологической дезадаптации с суицидальным поведением. Обратимся к опыту, уже накопленному суицидологией.

Среди факторов, релевантных суициду, целесообразно выделить две большие группы - интрапсихические и средовые влияния. Применительно к первым можно видеть, что индивида дезадаптируют различные акцентуированные черты личности и искажения познавательной деятельности; больных психическими заболеваниями характеризует нарушение нормальных форм психологической адаптации; выделяемая в качестве «группы суицидального риска» возрастная категория подростков отличается несложившейся адаптационной системой, а лица старческого возраста - ее ограничениями. Что же касается средовых факторов, то и здесь нетрудно выделить дезадаптирующее влияние психотравмирующих воздействий, одиночества, падения статуса, миграции и др.

Итак, исходя из принятого определения дезадаптации, можно констатировать, что релевантные суициду факторы правомерно рассматривать как исходные и детерминирующие процессы дезадаптации, что указывает на необходимость введения и детальной разработки такого понятия в суицидологии.

.4 Признаки дезадаптации

У всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности.

Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения.

Субъективным выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных сдвигов: от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева) до клинически выраженных психопатологических синдромов (астении, дистимии, депрессии, дисфории и т. п.).

1.5 Уровни дезадаптации

Социально-психологическая дезадаптация не тождественна понятию болезни, и может проявляться на двух уровнях патологическом и непатологическом.

К патологическому уровню дезадаптации относятся известные в клинической психиатрии нозологические единицы, состояния, реакции и фазы.

Выражениями непатологической дезадаптации следует считать отклонения в поведении и переживаниях объекта, связанные не с заболеваниями, а, к примеру, с недостаточностью социализации и нравственного воспитания, социально неприемлемыми установками личности, резкой сменой условий существования и жизненных стереотипов (при миграции или вынужденной социальной изоляции), разрывом высокозначимых отношений (утрата близких), недостаточным овладением навыками полноценного социального общения, подражанием общественно отрицательным моделям поведения в подростковом возрасте и т. д.

Социально-психологическая дезадаптация личности в зависимости от степени ограничения или патологической трансформации четырех главных направлений адаптационной деятельности (преобразовательного, познавательного, ценностно-ориентационного, коммуникативного) может быть парциальной (частичной) или тотальной.

. Процесс социально - психологической дезадаптации

· Фазы дезадаптации

На уровне личности акцент в процессе адаптации переносится на социальные взаимодействия, опосредствованные психической деятельностью. Таким образом, процесс дезадаптации развертывается соответственно основным направлениям человеческой деятельности, среди которых целесообразно выделять познавательное, преобразовательное, ценностно-ориентационное и коммуникативное.

С точки зрения структуры и механизмов, непатологическая и патологическая дезадаптация имеют существенные различия. В первом случае снижение общего уровня адаптации происходит за счет сужения сферы деятельности и ослабления ее интенсивности, причем этот процесс может быть парциальным или тотальным. Но так или иначе, здесь не наблюдается структурных нарушений реализующих дезадаптацию механизмов, а имеет место их временное ограничение, недостаточность («лимитирующая» форма дезадаптации). В отличие от нее, при патологической («трансформирующей») дезадаптации происходит «полом» основных направлений адаптационной деятельности с появлением патологических вариантов адаптации. Подобные трансформации также могут носить парциальный или тотальный характер, что и характерно (в данном аспекте) для пограничных психопатологических расстройств, при которых наиболее подвержены срыву ценностно-ориентационная и коммуникативная деятельность. При определенных условиях элементы двух форм дезадаптации могут сочетаться или переходить одна в другую.

В динамике обеих форм социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду, выделяются две фазы: предиспозиционная и суицидальная.

Первая фаза относительно неспецифична для суицида; во второй, начинающейся с зарождения суицидальных тенденций и продолжающейся до их реализации, дезадаптационный процесс идет по общему пути, сводящему к нулю все выработанные ранее формы адаптации. На различных клинических моделях, например, было показано, что большую суицидоопасность представляют личности с изначально высоким уровнем адаптации по сравнению с теми, у кого до начала заболевания развивались ограничения адаптационного процесса.

Решающее значение для перехода предиспозиционной фазы в суицидальную имеет конфликт, наличие которого необходимо для появления суицидальных тенденций и в условиях которого значительно усиливаются нарушения процесса адаптации.

В суицидальной фазе, начинающейся с момента зарождения суицидальных тенденций к продолжающейся вплоть до покушения на свою жизнь, дезадаптационный процесс идет по общему «конечному пути», сводящему к нулю все исходные уровни и выработанные ранее формы агитации.

Основную роль в генезе суицидального поведения играет не абсолютная, а относительная глубина социально-психологической дезадаптации, т. е. степень снижения уровня адаптации от исходного к наличному.

С точки зрения генеза суицида важно отметить, что неспецифическая предиспозиционная фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через так называемый критический пункт, имеющий две основные характеристики:

а) значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения конфликта;

б) субъективная оценка знаемых вариантов решения как неэффективных или неприемлемых.

Вследствие этого конфликт приобретает характер неразрешимости и резко возрастает вероятность суицидального поведения.

Итак, при анализе суицида в структурном плане важно выявить соотношение между двумя основными составляющими суицидального процесса - дезадаптацией и конфликтом, а в плане генеза - между двумя его фазами: предиспозиционной и суицидальной.

. Роль конфликта в развитии социально - психологической дезадаптации

Во всех диагностических категориях решающее значение для перехода предиспозиционной фазы дезадаптации в суицидальную имеет конфликт.

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 (интраперсональным), если обе его стороны располагаются как бы внутри личности (например, долг и страсть, желание, и возможность, привязанность и разочарование). В отличие от этого при внешнем (интерперсональном) конфликте одна из составляющих его тенденций располагается вне личности и представляет собой элемент внешней ситуации, препятствующий удовлетворению потребности (запрет, приказ, требование и т. д.). В ряде случаев конфликт имеет смешанный характер.

Существенные дополнительные характеристики конфликт получает от той сферы деятельности, где он по преимуществу развёртывается: витальной, личной, интимной, семейной, профессиональной, бытовой, административно-правовой, или абстрактной, фантастической (при патологии).

Для правильной диагностики истинных причин и мотивов суицидального поведения, а, следовательно, выбора адекватных направлений коррекции и ликвидации конфликтных отношений, необходимо учитывать, что последние, возникая на той или иной первоначальной основе, могут в дальнейшем подвергаться генерализации, трансформации или переносу.

В связи с этим требуется различать следующие типы конфликтов:

а) локализованные - генерализованные;

б) первичные (основные) - вторичные (производные);

в) автономные (с истинным агентом) - перенесённые (с замещенным агентом).

а) Генерализацией конфликта называется расширение круга лиц, вовлечение в конфликтные отношения новых агентов, связанных с локальным источником первоначального конфликта, причём в пределах той же его сферы.

б) Трансформация конфликта заключается в том, что на основе первичного конфликта в какой-либо сфере возникает вторичный, производный от него конфликт в иной сфере.

в) Перенос конфликта - это изменение направления конфликтной настроенности с истинного агента на замещающий его объект из другой сферы отношений.

Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит и от резервов адаптации. Чем значимее сфера конфликта, тем большие требования предъявляются к адаптационным ресурсам. В случае их слабости, т. е. в условиях предиспозиционной дезадаптации и невозможности изменить конфликтную ситуацию, резко повышается вероятность суицида, как способа самоустранения от продолжения всякой деятельности.

Суицидогенный конфликт, как и дезадаптация, проходит две фазы. Первая из них - предиспозиционная - является предпосылкой суицидального акта. Она может быть обусловленa разными причинами:

реальным (у практически здоровых лиц),

заключающимися в дисгармонической структуре личности (при пограничной патологии),

психотическими («псевдореальными») при патологических переживаниях (аффективных, бредовых, галлюцинаторных).

Однако, несмотря на различие причин, в любом случае конфликт для субъекта имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостным переживанием напряжения и стремлением его ликвидировать.

Вторая - суицидальная - фаза конфликта представляет собой парадоксальный процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта.

С прогностической точки зрения чрезвычайно важно отметить, что предиспозицционная фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через так называемый критический пункт, имеющий следующие две основные характеристики:

а) значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта;

б) субъективная оценка знаемых вариантов решений как неэффективных или неприемлемых.

Вследствие этого конфликт приобретает характер неразрешимости, и резко возрастает вероятность возникновения суицидального поведения. Очевидно, что в отличие от суицидента, адаптированный субъект характеризуется широким диапазоном знаемых и приемлемых, активных путей разрешения конфликта.

Наличие конфликта необходимо для проявления суицидальных тенденций, поскольку она усиливает нарушение процесса адаптации. Опасность конфликтов заключается в том что они сопровождаются резкими негативными эмоциями, то есть, если конфликт не решается своевременно, это может привести к неврозов, болезненных состояний, постоянного разлада отношений между людьми, а в итоге - и к самоубийству. Конечно, конфликт имеет высокую психологическую цену - многообразие негативных эмоций, стрессов, переживаний, разочарований, потерь, вины; они могут вызвать самые разнообразные последствия для конфликтующих сторон: нарушаются взаимоотношения, снижается работоспособность, ухудшается морально-психологическая ситуация т.д. Итак, с одной стороны, конфликты создают напряженные отношения в группе, переключают внимание ее членов из одной проблемы на другую, тяжело сказываются на их нервно-психическом состоянии, а с другой - они могут иметь не только разрушительную, но и творческую силу, когда вследствие их преодоления улучшается самочувствие участников спора. Таким образом, с социально-психологической точки зрения, до самого факта конфликта нельзя относиться однозначно: анализируя его, следует учитывать как социальную природу конфликта, так и психологические последствия.

В любой из известных классификаций конфликта относительно проблемы суицида важным является выделение в нем таких аспектов:

• конфликт внешний или внутренний;

• соотношение противоположных тенденций, вызвавшие конфликт, то есть степень напряженности конфликта (напряжение и сила конфликта зависят от соотношения тенденций, которые его создали: чем больше выражено различие сил, тем проще он решается; самым является конфликт, который представлен равными по силе тенденциями);

• значимость сферы конфликта и резервов адаптации (личностно-семейные конфликты, конфликты в сфере производства или учебы и т.д.; чем более значимой является сфера конфликта, тем выше требования относятся к адаптационных ресурсов, в случае их слабости, т.е. в условиях переддиспозицийнои дезадаптации и невозможности изменить конфликтную ситуацию, резко повышается вероятность суицида как способа самоустранение от продолжения любой деятельности);

• значимость признаков, источников, причин возникновения конфликта;

• значимость формальных - неформальных коммуникативных связей между сторонами, которые конфликтуют.

Ученые доказали, что наиболее суицидообеспечивающими являются внутренние конфликты, вызванные противоположными равносилен тенденциями и относятся к чрезвычайно значимых для индивида сфер.

Конфликты возникают внутри человека в результате того, что требования социума не совпадают с личностными потребностями или ценностями индивида, а также в ответ на перегрузку, противоречивые требования и т.п. При таких обстоятельствах сторонами, которые конфликтуют, есть разные компоненты духовной структуры человека, причем это могут быть компоненты как одного уровня, например в ситуации борьбы мотивов или столкновение двух жизненных принципов, так и столкновения разноуровневых компонентов.

. Факторы, влияющие на принятие суицидального решения при социально - психологической дезадаптации

Независимо от причин, условий и форм дезадаптации и конфликта, принятие суицидального решения предполагает необходимый этап личностной переработки конфликтной ситуации. Суицидальное поведение всегда опосредовано системой личностных характеристик субъекта и особенностями его взаимоотношений с окружающей социальной средой.

При индивидуальной диагностике суицидального риска необходимо, прежде всего, учитывать, влияние групповых факторов, в силу того, что каждый конкретный человек является носителем определенного набора групповых признаков (имеет пол, возраст, профессию, семейное положение; характеризуется наличием или отсутствием заболеваний и т. д.).

Для более точного предсказания суицидологического прогноза требуется тщательный анализ индивидуальных факторов.

В каждом конкретном случае реальный риск суицидального поведения мы рекомендуем определять на основе сопоставления суицидогенных и антисуицидальных факторов личности.

Индивидуальные факторы личности, имеющие суицидальную направленность, подразделяются (по мере их последовательного включения на пути от дезадаптации до суицидального поступка) на предиспозиционные, позиционные, статусные и интенционные.

) Предиспозиционные суицидогенные факторы представляют собой «слабые», «угрожаемые» в отношении их недостаточности, неполноценности функционирования, механизмы психической деятельности, которая складывается из: мотивации; ориентировки в ситуации, ее оценки, суждения о ней; формулировки цели и задач; принятия решения; выбора средств осуществления деятельности и необходимых для этого форм контактов.

Потенциально опасной в отношении суицида, приводящей к срыву тех или иных звеньев деятельности, является совокупность следующих условий:

сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;

своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений), недостаточность механизмов планирования будущего;

неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем;

неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка;

слабость личностной психологической защиты;

снижение или утрата ценности жизни.

Сочетания всех названных условий, приводящих к дезадаптации, могут быть названы предиспозиционными суицидогенными комплексами. Методами их диагностики являются клиническое наблюдение, беседа и психологическое обследование (ассоциативные методики, тематический апперцептивный тест, метод Роршаха, методика незаконченных предложений В.А. Тихоненко).

) Позиционные суицидогенные факторы - это «проигрышные», дезадаптирующие, суицидоопасные позиции, которые личность занимает в ситуации конфликта. Позицией личности называется интегральное, смысловое образование, выражающее систему отношений субъекта к наличной ситуации, мнению окружающих и к самому себе; содержащее в себе моральную оценку ситуации, прогнозирование ее исхода, а также определяющее тактику поведения.

Риск возникновения суицидальных тенденций и поступков значительно возрастает, если субъект занимает в ситуации конфликта при наличии предиспозиционных суицидогенных факторов (см. выше) одну из следующих «проигрышных позиций» (вербальное выражение этих позиций для облегчения их диагностики приводится от первого лица):

«никто меня не понимает», «все против меня», «нет справедливости», «нет сил бороться»;

«я никому не нужен», «за что вы меня так мучаете?»;

«дальше будет еще хуже», «деваться некуда», «мне не вынести этого позора»;

«никогда не прощу себе»;

«никогда не вернуть того, что было», «все потеряно», «это - конец».

Приведенные примеры можно было бы дополнить. Нетрудно заметить, что пять вариантов формулировок суицидоопасных позиций личности соответствует пяти смысловым типам суицидального поведения: протесту, призыву, избежанию, самонаказанию, отказу - и относительно независимы от конкретного многообразия причин и содержаний конфликтов. В этом их диагностическая ценность для суицидологии.

) Статусными суицидогенными факторами являются те психические состояния и реакции, которые, возникая на основе соответствующих предиспозиций и позиций, несут в себе потенциальную угрозу суицида. Суицидоопасные патологические состояния в клинике психических заболеваний указаны в предыдущем разделе. Это аффективные (тревога, страх, депрессия, дистимия, дисфория), аффективно-бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы.

Что же касается лиц практически здоровых, а также занимающих промежуточное положение между нормой и пограничной патологией, то возникающие у них в экстремальных, конфликтных условиях суицидоопасные состояния и реакции следует выделять в особый класс, отличающийся, с одной стороны, от психопатологических синдромов, а с другой стороны - от оптимального диапазона нормальных переживаний.

Этот класс представлен характерологическими акцентированными реакциями. Анализ наблюдений показывает, что в ситуации конфликта суицидальное поведение у одних лиц возникает на фоне своеобразных характеристик сознания и самосознания; у других при ведущем влиянии интенсивных эмоциональных переживаний; у третьих - вследствие доминирования идеи, подрывающей жизнестойкость индивида; у четвертых - в результате «трезвого» взвешивания всех «за» и «против». Встречаются также смешанные и переходные варианты.

Интенционные суицидогенные факторы (интенция - намерение) включаются с момента зарождения суицидальных тенденций и проявляются в степени их активности, вероятности реализации, а также истинности и серьезности суицидальных намерений. В разделе, посвященном классификации внутренних форм суицидального поведения, мы выделяли в их развитии ряд последовательных ступеней (антивитальные переживания - пассивные суицидальные мысли - суицидальные замыслы - суицидальные намерения), коррелирующих с высотой риска суицидальной попытки. Эта диагностическая процедура вполне осуществима в пресуицидальном периоде.

Таким образом, в каждом случае суицидального поведения генез его определяется соотношением средовых, личностных и (если имеются психические расстройства) патологических факторов.

При этом роль личностных и средовых факторов возрастает по направлению от психотических состояний к пограничным расстройствам и далее, к характерологическим реакциям практически здоровых лиц.

Как уже отмечалось выше, и дезадаптация и конфликт могут иметь и патологическую и непатологическую природу. Суицидальный акт не является исключительно клиническим феноменом, а представляет собой вариант поведенческой реакции по всему континууму «норма - патология».

Суицидальное решение предполагает личностную переработку конфликтной ситуации, какой бы «псевдореальной» она ни была.

В рамках суицидологической концепции основу таких промежуточных состояний составляет последовательное развертывание дезадаптационного процесса, что позволяет перейти от абсолютной поляризаций двух феноменологических классов: «норма» и «патология» к континууму «норма - патология», построенного на базе определенного казуально-генетического представления о природе суицида. Данный континуум включает промежуточную зону между психической нормой и клинически выраженной психопатологической симптоматикой, состоящую из акцентуированных личностных структур и реакций.

Важным аспектом рассматриваемой проблемы является разработка критериев суицидологического диагноза, т. е. поиск конкретных личностных детерминант дезадаптационного процесса. Совокупность личностных свойств, детерминирующих дезадаптацию и суицид, мы называем суицидальными комплексами. Их структуру и генез определяют значимые для суицидологического диагноза характеристики, такие, как толерантность к эмоциональным нагрузкам, адекватность самооценки, состояние личностной психологической защиты и т. д. Следует подчеркнуть, что совокупность факторов, определяющих суицидальный риск, представляет собой динамическую систему, имеющую два полюса: просуицидальный (неполноценность контактных систем, неадекватная самооценка, утрата ценности жизни и т. д.) и антисуицидальный (наличие эмоциональных привязанностей, представление о неприемлемости суицидального поведения в социуме и т. д.). Существующие зарубежные шкалы суицидального риска оперируют лишь набором просуицидальных факторов; в отличие от этого, разработанные нами методики учитывают не один, а два ряда характеристик.

Выявление лиц, переживающих состояние конфликта, диагностика у них причин и механизмов дезадаптации и применение дифференцированных мер коррекции являются важнейшими задачами суицидологической превенции. Очевидно, что их решение не может сводиться к психиатрической помощи, а должно включать в себя психологические, социальные, правовые и педагогические аспекты.

Психологическая концепция суицида.

Психологическая концепция отражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы (от фрейдовского «танатоса» до современных представлений о природе психологической дезадаптации).

Фрейд рассматривал самоубийство как проявление инстинкта смерти, который может выражаться агрессией и, как частный случай,- аутоагрессией. Сторонники этой концепции считают, что самоубийство - это преобразованное (направленное на себя) убийство, а в подтверждение правильности своей точки зрения ссылаются на обратное численное соотношение убийств и самоубийств, действительно существующее в ряде стран, а также на снижение самоубийств во время войн.

Необходимо отметить, что современные суицидологи не разделяют многие положения Фрейда, в частности его подход к аутоагрессии только как к проявлению агрессивных инстинктов, но, тем не менее, среди причин самоубийств ведущее место отводят психологическим. Так, Э. Шнейдман выделяет несколько общих логических защитных механизмов и делает суицидальную попытку более вероятной.

Н.В. Конончук, В.Г. Мягер выделяют три основных свойства, характеризующих личность суицидента:

· повышенную напряженность потребностей, выражающуюся в необходимости непременного достижения поставленной цели;

· повышенную потребность в эмоциональной близости, зависимости от любимого человека, когда собственное «я» растворяется и воспринимается лишь в паре, а вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях;

· низкую способность личности к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить фрустрацию.

А.Г. Амбрумова, рассматривая роль личности в проблеме суицида, отмечает, что суицидогенность ситуации определяется готовностью личности воспринять и расценить ее как таковую. Исходя из этого положения и обосновывая его практическую значимость, автор выделяет несколько типов личности.

Интегрированный тип. Представители этого типа не отдают предпочтения ни профессиональной, ни интимной сфере. Спокойны и уравновешены, терпимы и внимательны, привычки, потребности определенны, устойчивы. Проблемы подчинения и руководства принимают. Это, как правило, специалисты высокого или среднего класса. Этот тип не суицидоопасен.

Компенсаторно-адаптированный тип характеризуется резким предпочтением либо профессиональной, либо интимной сферы. При этом более «сильная» компенсирует более «слабую». Суицидоопасен в кризисные периоды (особенно в 18-25, 50 и 60 лет).

Дискордантно-адаптированный тип. Различий в значимости сфер нет: если в одной из них недостаточно социализации, то вторая не компенсирует, а, напротив, дезорганизует ее еще больше. Потребности в этой сфере фрустрируются, каждый провал переживается очень болезненно, что в свою очередь расшатывает адаптацию. Человек либо «уходит» в одну сферу, либо принимает характер «маятника». Рассмотренный тип личности очень суицидоопасен.

Ригидно-конформный тип. Представители этого типа формальны. Высшая ценность для них - собственный статус и самоутверждение. Самооценка завышена. Тяжело переносят смену стереотипов. Суицидоопасны лишь при крахе карьеры (суицид в этом случае продуман).

Ограниченно-конформный тип. Для этого типа характерна личность, имеющая твердо усвоенный набор правил, установок (скорее, важна форма, а не содержание). Отсутствуют установки на самостоятельное принятие решений. Представители данного типа дисциплинированы, подчиняемы, часто ипохондричны, в стрессе теряются, у них ухудшается настроение. Чувствительны к перегрузкам и переменам стереотипов. В эти моменты их поведение суицидоопасно, хотя риск суицида невысок.

Тип социально ведомых. Среди представителей этого типа выделяются социально одобряемые и социально порицаемые. Правила не представляют для них ценности, хотя иногда служат средством достижения личного благополучия. Для них характерны недостаточная волевая активность, отсутствие самолюбия. С раннего возраста такие люди приобретают себе ведущего, на которого перекладывают ответственность за все решения, копируют его социальный облик. Такой тип суицидоопасен при потере или резкой смене ведущего.

Тип патологически дезадаптированных. Дефекты социализации у этих лиц изначальны вследствие психической патологии.

Социологическая концепция суицида.

Социологическая концепция исходит из того, что в основу суицидального поведения закладываются снижение и неустойчивость социальной интеграции1, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль.

Специалисты Всемирной организации здравоохранения обратили внимание на то, что рост самоубийств прямо пропорционален темпам экономического развития страны. Однако влияние социальных и экономических факторов на возникновение суицида носит, как правило, косвенный характер. Современное состояние культуры предполагает постоянное принудительное общение конкретного человека с огромной массой людей, которое обезличивает его и впоследствии порождает конфликты. По этому поводу К. Лоренц заметил: «Степень отчужденности людей прямо пропорциональна плотности населения».

Будучи микросоциально обусловленными, большинство суицидальных действий направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Это в первую очередь относится к суицидальным действиям подростков, поскольку они направлены обычно не против своей личности, а против окружения. В большинстве случаев в подростковом возрасте речь идет не о покушении на самоубийство, а лишь о применении суицидальной техники для достижения той Хне снижает потенциальной опасности таких действий.

Е. Шир выделяет следующие типы суицидальных действий:

· неодолимое - характеризуется преобладанием выраженного аутоагрессивного компонента. Аутоагрессия имеет место при измененном состоянии сознания, психотических состояниях, в том числе у лиц с органическими поражениями головного мозга;

· преднамеренное - такого рода суицид тщательно и расчетливо планируется по времени, месту и способу совершения, и этот план с упорной последовательностью выполняется;

· импульсивное - характеризуется внезапностью;

· амбивалентное - в этом случае сосуществуют аутоагрессивный компонент и поведение, ориентированное на окружающих, а также амбивалентность2 в отношении способа самоубийства. Именно для этого типа суицидальных действий характерны суицидальные попытки с последующим криком «Помогите!»;

· демонстративное - это, как правило, реакция на психотравмирующую ситуацию. Поэтому суицид нередко совершается в присутствии конфликтного лица.

Е.М. Вроно и А.Г. Амбрумова, исследуя личностные особенности подростков с суицидальным поведением, пришли к выводу о том, что для большинства из них характерна импульсивность, которая проявляется в неспособности обдумывать сколько-нибудь продолжительное время принятые решения, прогнозировать последствия поступков. Подросткам - суицидентам свойственна эмоциональная неустойчивость, чем и объясняется большое количество конфликтных ситуаций, часто заканчивающихся суицидальными действиями. Большинство подростков, совершивших суицидальные действия, отличались повышенной внушаемостью, а также некоторой несамостоятельностью мышления, зависимостью от мнения окружающих, стремлением строить свое поведение по образу героев книг, фильмов и т.д. На основании анализа характера поведения суицидентов можно выделить несколько типов личности повышенного суицидального риска.

Эмоциональный тип. Характеризуется чрезвычайной эмоциональной подвижностью и быстрой сменой настроения. Слабо защищен от воздействий раздражителей негативного плана. Откровенный и простодушный. Склонен к сопереживаниям. Очень привязан к близким. Неудачи, конфликты, утрата близкого человека могут послужить для него причиной, побуждающей к самоубийству.

Депрессивный тип. Характеризуется резко выраженным чувством собственной ущербности, робостью, застенчивостью. Страдает от любой грубости, часто находится в подавленном настроении, недоверчив к окружающим, подозрителен. Ему постоянно кажется, что окружающие его презирают. Пассивен, часто жалуется на усталость. Грубое обращение с таким человеком, укор, упрек на глазах у окружающих в пресуицидальный период могут спровоцировать самоубийство.

Агрессивный тип. Не умеет и не хочет подчиняться. Неуживчив в коллективе. Взрывается буквально по каждому пустяку. Вспышки гнева ведут к необузданной ярости. При особых обстоятельствах, когда цели кажутся недостижимыми, агрессивность направляет на самого себя.

Истерический тип. Постоянно приковывает к себе внимание, стремится быть в центре всех событий. Способен на неординарные поступки. Все его поведение рассчитано на эффект. Могут быть припадки, обмороки. Не терпит неприязни со стороны окружающих. Если ее обнаруживает, способен на шантажирующие суицидальные попытки.

В современной суицидологии выделяются в отдельную категорию личностные реакции, обладающие потенциальной суицидоопасностью.

· Реакция эгоцентрического переключения. Возникает внезапно, происходит скоротечно, суицидентом выбирается первое попавшееся под руку орудие. Решение твердое, и остановить человека от рокового шага трудно; однако вскоре появляется критическое отношение к акту и сожаление о произошедшем.

· Реакция психалгии - аффективная реакция душевной боли на высокой степени отрицательных эмоциях. Модальности аффектов психалгии могут быть различными: тоскливые, тревожные, раздражительные. При этой реакции значителен риск завершенных суицидов, а после неудачи могут быть рецидивы.

· Реакция переживания негативных интерперсональных отношений(речь идет о значимых для суицидента лицах). Характерна цепная реакция, когда, стремясь оторваться от источника боли, человек еще сильнее притягивается к нему. Пресуицидальный период продолжителен. Часто встречаются демонстративно-шантажные попытки, при которых суицидент хочет, чтобы источник конфликта знал о его намерениях.

· Реакция отрицательного баланса - самоубийство в результате «подведения жизненных итогов», взвешивания всех «за» и «против».

Суицидент тщательно и скрыто готовится, чтобы умереть наверняка. При этом отсутствует аффективная напряженность («холодный пресуицид»). Реакция характерна для больных неизлечимыми болезнями, стариков и чрезвычайно трудно поддается коррекции.

А.А. Султанов (1983), изучая причины социально-психологической дезадаптации у практически здоровых лиц, совершивших попытки суицидов выделил три основные группы факторов, которые он считал наиболее частыми причинами суицидов:

• дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место в социальной структуре не соответствует уровню притязаний человека;

• конфликты в семье;

• алкоголизация и наркотизация. А.Е. Личко к числу наиболее частых причин суицидов относил:

• потерю любимого человека;

• состояние физического и психического переутомления;

• уязвленное чувство собственного достоинства;

" разрушение психологических защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков;

• отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;

• различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

Говоря о самоубийстве как об осознанном лишении себя жизни, мы должны рассматривать не только внешние (социальные) причины суицидов, но и их внутренние, личностные мотивы, которые проявляются в виде конфликтов.

Антисуицидальные факторы личности - это сформированные жизненные установки, препятствующие осуществлению суицидальных намерений. К ним, прежде всего, относятся позитивные модели поведения, связанные с достижением определенных целей (эмоциональная привязанность к значимым родным и близким; чувство долга по отношению к ним, родительские обязанности; наличие разнообразных жизненных, творческих, деловых, семейных, служебных и других планов, замыслов; психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы саморегуляции и снятия психической напряженности и др.).

В то же время, антисуицидальный характер носят и стереотипы поведения, связанные с избеганием боли, физических страданий, неизвестности; стремление учесть общественное мнение и избежать осуждения со стороны окружающих и т.п. Все они делают неприемлемым для индивидуума совершение самоубийства как способа разрешения конфликтной ситуации.

Суицидальное поведение вызывается, как правило, не одним, а несколькими одновременно действующими и взаимодействующими мотивами, образующими развернутую систему мотивации действий и поступков человека. Мотивы могут быть осознанными, высшими (интересы, убеждения, стремления, идеалы) и неосознанными, низшими (установки, влечения и т.п.). Повод, в отличие от причины, событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ поводов самоубийств не выявляет их причин.

Основной движущей жизненной силой человека, определяющей мотивы его поведения и его активность, наряду с различного рода потребностями (естественные, культурные и т.д.) является цель. Цель может меняться, формироваться в процессе жизни, но она обязательно должна быть, иначе жизнь становится бесперспективной.

Также необходимо оценивать условия, приводящие к суицидальной попытке. Под условиями понимают такой комплекс явлений, который хотя и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. Нет причин и следствий без определенных условий. Условия существенно влияют не только на действия причин, но и на их характер следствий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Анализируя причины суицидов, приходится повсеместно встречаться с зависимостью их от условий. Чаще всего такими условиями являются реакции окружающих (родственников и сослуживцев) на суицидальное поведение. В ряде случаев их оценка ситуации и действия могут, как способствовать попытке самоубийства, так и предупреждать её.

Наличие дезадаптации не служит прямой детерминантой суицидального поведения. Решающее значение для перехода ее в суицидальную фазу имеет конфликт, переживаемый личностью. «Конфликт может носить межличностный или внутриличностный характер. В том и другом случае он 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, превышающий порог дезадаптации личности, является кризисным»

Заключение

Под социально-психологической дезадаптацией понимается нарушение механизмов взаимосвязи личности и среды, происходящее как за счет внутриличностных изменений, так и за счет изменений в сфере ближайшего окружения.

Амбрумова А.Г. и ряд других исследователей выдвигают концепцию о том, что суицид - это феномен социально-психологической дезадаптации личности, т.е. ключевые понятия для данного явления - социально-психологическая адаптация и дезадаптация.

Под адаптацией вообще понимается приспособление - соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация - это и процесс, и его результат. Тогда понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применим термин адаптация и дезадаптация; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности.

На уровне личности акцент в процессе адаптации переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью и ее высшей формой - сознанием. Объективным критерием успешности социально-психологической адаптации человека, служит его поведение в обычной и экстремальных ситуациях.

Психические расстройства представляют собой глобальную дезадаптацию с переходом на качественно новый уровень патологического реагирования.

Рассматривая социально-психологическую дезадаптацию в динамике, ведущей к суициду, выделяются две фазы: предиспозиционная и суицидальная.

Предиспозиционная фаза дезадаптации не служит прямой детерминантой суицидального поведения. Решающее значение для перехода ее в суицидальную имеет конфликт. 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 при этом может быть внешним и внутренним.

Напряженность и сила конфликта зависят от силовых соотношений образующих его тенденций: чем больше выражено различие сил, тем проще конфликт разрешается; самым же трудным, приобретающим черты экстремальности, считается конфликт равносильных тенденций.

Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит, и от системы резервных адаптационных механизмов. В случае их слабости, т.е. в условиях предиспозиционной дезадаптации, и невозможности реальным способом изменить конфликтную ситуацию, единственной реакцией, подменяющей собой все другие типы, оказывается суицид как способ самоустранения от всякой деятельности.

Таким образом, из всего сказанного можно сделать вывод о том, что суицид есть “следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта”.

В целом можно утверждать, что суицидальное поведение зависит от ряда факторов, которые могут быть разделены на внутренние и внешние.

Внутренними факторами суицидального поведения являются индивидуальные особенности личности суицидента (характер, психофизическое, эмоциональное состояние и др.), повышающие риск суицида, образующие внутреннюю среду для отражения внешних факторов, а также являющиеся побудителями такого поведения в суицидогенной ситуации.

К внешним факторам относятся: микросоциальные условия биографического характера, прежде всего семейного воспитания; межличностные отношения в референтной группе - семейной, дружеской или профессиональной; дезадаптирующие объективные факторы деятельности (экстремальность, ответственность, резкое повышение нагрузки и т.д.). Некоторые внешние факторы являются причинами суицида, потому что имеют для человека особый кризисный психологический смысл.

Суицидальное поведение включает различные формы активности, служащие деструктивным средством разрешения личностных проблем в условиях конфликтной ситуации. Содержанием суицидального кризиса выступает острое эмоциональное состояние, возникающее в критической ситуации столкновения личности с препятствиями на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, таких как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании.

Таким образом, суицидальное поведение строится на основе внутриличностного конфликта. Для этого необходима особая личностная предрасположенность, вследствие которой индивид оказывается не в состоянии справиться с актуальной проблемой и он воспринимает ситуацию как безвыходную.

Используемая литература

1. Амбрумова А. Г. Социальная дезадаптация и суицид. - Сб. трудов НИИ психиатрии им. Асатиани, 1974, т. 19-20, с. 47-49.

2. Амбрумова А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения. - Сб. трудов НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1978, т. 82, с. 44-58.

3. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. Сб.трудов НИИ психиатрии МЗ РСФСР,1980.

. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. - 1981. - №4.

. http://www.psyznaiyka.net/socio-lichnost.html?id=25

. http://www.oksanochka.com/003/001/015.shtml

. http://www.psyznaiyka.net/socio-lichnost.html?id=25

. http://www.oksanochka.com/003/001/015.shtml