

Лекция Расстройства адаптации

Не подлежит сомнению тот факт, что оптимальное протекание адаптационного процесса является важнейшим фактором, обеспечивающим индивиду состояние здоровья. При достаточно сильном психотравмирующем воздействии, детерминирующем возникновение расстройств адаптации, происходит нарушение наиболее сложных форм социально-детерминированного, адаптированного и относительно стабильного стереотипа реагирования индивида на окружающее. По мнению П. Жане, все невротические расстройства являются нарушением способности адаптации к изменяющимся внешним и внутренним факторам окружающей среды, обнаруживаемым «в моменты, когда индивидуальная и социальная эволюция становится наиболее трудной». В этом случае в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и высокоспециализированные особенности личностной индивидуальной приспособляемости (самоконтроль, самооценка и др.).

Личностные особенности, приобретенные знания, навыки и умения, своеобразие эмоционально-волевых качеств, особенности мотивационно-потребностной сферы, которые изменяются в процессе развития индивида, создают ту или иную степень свободы реагирования индивида в определенных условиях и основу его индивидуальной адаптации к изменяющимся, а зачастую и неблагоприятным психосоциальным факторам, дают возможность активно и целенаправленно их преобразовывать. Именно поэтому одно и то же психогенное воздействие для одного индивида может быть психотравмирующим, вызывая нарушение адаптации, а для другого – носить индифферентный характер. Адаптационные возможности индивида обусловлены состоянием всей структуры его личности. Дезадаптация любого из ее компонентов может отразиться в функциональной активности системы психологической адаптации.

Адаптация представляет собой непрерывный динамический процесс взаимодействия индивида с окружающей средой, который охватывает всю сферу

значимых для него отношений. В ходе этого процесса индивид не только приспосабливается, но и приспосабливает к себе свое окружение. «Идеальная» адаптация связана с гармонией отношений личности во всех сферах ее социальных взаимодействий, при отсутствии приспособления хотя бы в одной из значимых сфер следует говорить о дезадаптации. А. Г. Амбрумова и В. Л. Леви выделяют локальную дезадаптацию, относящуюся только лишь к какой-либо одной сфере или сектору взаимоотношений субъекта, и дезадаптацию глобальную, которая предполагает нарушения отношений индивида во всех сферах. По мнению авторов, дезадаптация всегда связана с интра- или экстраперсональным конфликтом. Тем не менее определенную «дозу» конфликта индивид переносит не дезадаптируясь. Исследователи вводят понятие порога дезадаптации, который является одной из ее важнейших динамических характеристик. Конфликт, превысивший порог дезадаптации, авторы называют кризисом (при экстраперсональном конфликте – кризисной ситуацией).

В современной психологической литературе существуют некоторые разночтения на обратном полюсе успешной адаптации. Так, Т. Г. Дичевым и К. Е. Тарасовым дезадаптация понимается как временная, неокончательная и в принципе возобновимая утрата имевшейся ранее адаптации. Необратимая же потеря адаптации обозначается ими как инадаптация.

Обращаясь к феноменологии социально-психологической и психической дезадаптации, отметим интересные подходы некоторых наших зарубежных коллег. Так, согласно «Диагностическому и статистическому руководству по психическим заболеваниям» (DSM-IV), «расстройство адаптации является дезадаптивной реакцией на отчетливо обнаруживаемый психосоциальный стресс или стрессы, проявляющейся через 3 месяца после начала действия стресса». Такая реакция часто воспринимается индивидом как личное несчастье. Расстройство, как правило, прекращается вскоре после окончания действия стресса, или же, если стресс остается, достигается новый уровень адаптации. Данная реакция является дезадаптивной из-за наличия более или менее явных нарушений в социальной или профессиональной деятельности или из-за

проявлений, выходящих за рамки нормальных, обычных, ожидаемых реакций на подобный стресс.

Кроме того, расстройства адаптации часто усиливаются при наличии более одного стрессора, причем, по мнению американских исследователей, тяжесть стресса или стрессов не всегда обуславливает тяжесть расстройства адаптации. Культурные особенности и личностная организация вносят свой вклад в специфику проявлений неадекватной реакции на стресс. Выраженность ее является комплексной системной функцией степени, количества, продолжительности, обратимости, окружающей среды и личностных отношений. Тяжесть реакции, очевидно, выступает производной от субъективной тяжести стресса и от степени значимости сферы отношений, подвергшейся воздействию стрессогенных факторов.

Для более детальной и точной диагностики в DSM-IV приведены основные диагностические критерии расстройств адаптации:

«А. Реакция на явный психосоциальный стресс (или множественные стрессы), которая проявляется в течение 3 месяцев после начала действия стресса(ов).

Б. На дезадаптивный характер реакции указывает одно из следующих:

- 1) нарушение в профессиональной (включая школу) деятельности или в обычной социальной жизни или во взаимоотношениях с другими;
- 2) симптомы, выходящие за рамки нормы и ожидаемых реакций на стресс.

В. Расстройство является не просто примером чрезмерной реакции на стресс или обострением одного из ранее описанных психических расстройств.

Г. Реакция дезадаптации длится не более 6 месяцев».

Несмотря на то что, по определению, расстройство адаптации наступает после стрессовых влияний, симптомы необязательно появляются немедленно, и точно так же они не сразу исчезают, когда прекращается воздействие стрессоров. При постоянно действующих стрессогенных факторах расстройство может продолжаться всю жизнь. Оно может наступить в любом возрасте. Его проявления очень многообразны, причем наиболее частыми у взрослых

являются депрессивные, тревожные и смешанные симптомы, лежащие в основании соответствующей типологии.

1. Расстройство адаптации с нарушением поведения. Расстройства адаптации с нарушением поведения проявляется в поведении, при котором индивид посягает на права других или нарушает принятые в обществе нормы, в том числе и возрастные. Примерами такого поведения являются агрессивное поведение, грубость, хулиганство, вандализм, прогулы и т. д.

2. Расстройство адаптации с физическими жалобами. Для расстройства адаптации с физическими жалобами характерны следующие симптомы: головная боль, усталость, бессонница и другие соматические жалобы.

3. Расстройство адаптации с нарушением работы или учебы. Эти расстройства адаптации препятствуют работе или учебе, если ранее у данного лица таких нарушений в этом отношении не было. Кроме того, при этом часто наблюдается тревога и депрессия.

Основные особенности: тяжелый стресс, проявляющийся в тревожности; трудности в концентрации внимания; утрата социального контроля. Кроме того, нарушения сна, расстройства аппетита, злоупотребление наркотиками, алкоголем, одиночество.

4. Расстройство адаптации с депрессивным настроением.

При расстройстве адаптации с депрессивным настроением основными проявлениями являются аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабление привязанности к жизни, страх и безнадежность.

5. Расстройство адаптации с тревожным настроением. Симптомы: сердцебиение, дрожание, мышечные спазмы, тяжесть в грудной клетке и т. д.

6. Расстройство адаптации со смешанными эмоциональными чертами. Основными проявлениями являются комбинация тревоги и депрессии или других эмоций. Изложенное выше находит свое подтверждение и в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

В. Н. Горохова и С. А. Завьялова, исследуя состояние адаптации у

студентов-первокурсников, установили доминирующие по частоте источники фрустраций и психологических конфликтов:

- 1) заниженная оценка учебной деятельности первокурсника преподавателем при выраженной установке на обучение;
- 2) отрицательное мнение студенческого коллектива, страх потерять уважение членов группы, не сложившиеся отношения в группе, зависть;
- 3) столкновение требований, которые студент предъявляет к себе, с психофизиологическими возможностями;
- 4) конфликт долга и личных мотивов.

А. К. Маан, изучая сравнительные характеристики психологических факторов дезадаптации у подростков Йемена и России, выделяет следующие характеристики школьников-дезадаптантов в России:

- а) в структуре личности: слабая мотивационная напряженность, эмоциональная неустойчивость, низкая организация интеллектуальной деятельности;
- б) поведенческие реакции: недостаточный самоконтроль поведения, безобвинительная направленность реакций, неадекватные механизмы психологической защиты, неадекватно завышенная самооценка.

Для школьников-дезадаптантов Йемена характерны несколько иные характеристики:

- а) в структуре личности: высокая ответственность, обязательность, добросовестность, гиперпослушность, зависимость от взрослых;
- б) в поведенческих реакциях: ригидность, стереотипность поведения в состоянии фрустрации, заниженная самооценка.

Значительное место в литературе, посвященной адаптации и дезадаптации индивида, занимают исследования медицинского аспекта этой проблемы.

О. В. Острцов, изучая нарушения психической адаптации, выдвигает следующие предположения:

- 1) Клиническая картина состояния психической дезадаптации представлена в основном астенической симптоматикой различной степени выраженности,

стойкости и синдромальной оформленности, которым могут сопутствовать расстройства более глубоких регистров.

2) При донозологической форме дезадаптации симптоматика носит непостоянный и фрагментарный характер. По мере утяжеления состояния стойкость и оформленность комплекса симптомов нарастают, к астеническому расстройству присоединяются другие нарушения, формируется клиническая картина.

3) Дезадаптация донозологического уровня сопровождается снижением показателей функционального состояния в аспекте внимания, психомоторной активности и умственной работоспособности.

М. А. Беребин рассматривает социальную фрустрированность как один из основных факторов психогенеза психической дезадаптации. Социальная же фрустрированность, в свою очередь, является следствием действия внешних, средовых фрустраторов, но, с другой стороны, носит также личностный характер, отображая специфический для личности спектр личностно-средовых взаимодействий и отношений. Автор выделяет также другие факторы риска психической дезадаптации: высокий уровень тревожности, психическая ригидность и экстернальность, положительно коррелирующие с высокими индексами отдельных компонентов уровня социальной фрустрированности.

Н. К. Смирнов в процессе изучения психопрофилактических аспектов оценки адаптационных тенденций личности в состоянии фрустрации выделяет три типа эмоционально-поведенческого реагирования (ЭПР) в состоянии фрустрации:

1) Реконструктивный тип (53,4 % от числа всех испытуемых), для которого характерно: стремление изменить критическую фрустрирующую ситуацию в желательном для себя направлении, повысить ее подконтрольность, управляемость. Испытуемые, использующие этот тип ЭПР, отличаются решительностью, настойчивостью, целеустремленностью и деловитостью, реже – гневливостью и агрессивностью. При «срыве» они предпринимают поиск путей к исправлению ситуации.

2) Устраняющийся тип (20,7 % от числа всех испытуемых), который характеризуется устранением от разрешения ситуации, игнорированием трудностей, безынициативностью. Как правило, такие индивиды склонны изменять не ситуацию, а свое отношение к ней (психологическая переориентация). При неблагоприятном итоге своей деятельности они обнаруживают тенденцию к обесцениванию неудачи и самоуспокоению.

3) Гипотолерантный тип (25,9 % от числа всех испытуемых), отличающийся растерянностью, нерешительностью, суетливостью, унынием, дезорганизацией поведения. Такие индивиды, как правило, конфликтны и обидчивы после неудачи.

Автор отмечает, что какой-либо зависимости типа реагирования от пола и профиля обучения установлено не было. Однако была обнаружена связь между типом ЭПР и проявлениями расстройств невротического уровня. Так, 63,2 % всех невротиков используют гипотолерантный тип реагирования, 21,0 % – устраняющийся тип реагирования, 15,8 % – реконструктивный тип реагирования. В том же порядке, по утверждению автора, увеличиваются адаптационные возможности. Исследователь также отмечает, что выделение описанных типов справедливо как для поведения в кратковременных фрустрирующих ситуациях, так и для деятельности при длительных, пролонгированных фрустрациях и нагрузках. Кроме того, была обнаружена связь между типом ЭПР и клиническими формами неврозов. Для реконструктивного типа более характерна неврастения и истерия, чем невроз навязчивых состояний; при устраняющемся типе чаще встречаются истерия и невроз навязчивых состояний, чем неврастения; испытуемые же гипотолерантного типа ЭПР составляют группу повышенного риска всех без исключения клинических форм невротических расстройств.

Проблема взаимозависимости особенностей адаптации индивида с его нозологическими проявлениями рассматривается также в работах В. Е. Кагана и В. Е. Сараевой.

Так, В. Е. Сараева в ходе исследования особенностей

социально-психологической адаптации лиц с невротическими реакциями отмечает: «Нормальная личность обеспечивает достаточную степень адаптации к многообразным условиям социальной действительности. Аномальные личности, напротив, обычно в такой степени отклоняются от условной средней нормы, что даже при благоприятных внешних условиях испытывают субъективные трудности или отличаются дисгармоничным поведением в ходе приспособления к жизни».

По мнению исследователя, для индивидов с явлениями невротизации характерен пассивный тип адаптационного процесса, пассивное принятие норм и ценностей, диктуемых окружающей социальной средой. Кроме того, автор отмечает, что «состояние дезадаптации, неспособность к преодолению стрессовых ситуаций приводят к концентрации человека на проблемах своего конфликта с социальным окружением и являются психологической основой для ухудшения общего состояния здоровья».

В. Е. Каган предлагает относить к психогенным формам дезадаптации те нарушения адаптации, которые обусловлены отклонением и патологией в психическом развитии (психозы, психопатии, задержки умственного развития, органические поражения головного мозга, дефекты анализаторов). Эти формы, по мнению автора, требуют дополнительной психотерапевтической и психологической помощи. Как свидетельствуют результаты исследований самого автора, 15–20 % детей школьного возраста проявляют различные формы психогенной дезадаптации.

Дезадаптация в генезе суицидального поведения

Те довольно продолжительные периоды истории, когда считалось, что суицид может быть отнесен к числу явлений исключительно патологических, бесспорно миновали. Однако в настоящее время сложилась ситуация, когда наименее основательно изученными и описанными оказались как раз случаи суицидального поведения, не связанные с психической патологией. Речь идет о

суицидах и суицидальных попытках, совершаемых в моменты и периоды переживания какого-либо стресса, фрустрации, страха, конфликтных эпизодов [А. Г. Амбрумова, 1983]. В связи с этим в последнее время в отечественной суицидологии все больше внимания уделяется изучению и описанию непатологических ситуационных реакций, их структуры и динамики.

Так, например, Г. В. Старшенбаум [1995] в структуре суицидальных реакций выделяет два компонента: аффективный и когнитивный. Психологическим содержанием аффективного компонента является переживание эмоциональной изоляции. Как правило, наблюдаются повышенная аффективная напряженность, высокая активность по разрешению кризисного состояния. Наиболее частыми модальностями аффекта являются реакции тревоги, тоски, обиды. В ряде случаев отмечается апатия, ощущение бессилия, стремление к покою и уединению. Когнитивный компонент включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешить кризис из-за отсутствия времени и возможностей.

Как правило, суицидальные реакции не всецело обусловлены тяжелой жизненной ситуацией. В значительной части случаев развитие данных ситуаций или реакций на них связано с наличием определенных неадекватных установок, которые в неблагоприятных условиях могут приводить к возникновению межличностных конфликтов и суицидальному поведению. Подобные суицидальные установки связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и прочих ценностей. Указанные установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующей ценности вновь инициируют суицидальное поведение.

По мнению А. Г. Амбрумовой [1983], феномен суицида связан с представлением о психологическом кризисе. При упоминании о нем чаще всего имеется в виду острое эмоциональное состояние, возникающее в определенной острой ситуации – ситуации столкновения личности с препятствием на пути

удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, препятствием, которое не может быть устранено способами, известными человеку из его прошлого жизненного опыта.

Таким образом, психологический кризис можно рассматривать как внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающего под влиянием угрозы, создаваемой внешними обстоятельствами или внутренними конфликтами. К проявлениям психологического кризиса могут присоединяться соматические симптомы (головная боль, подъем артериального давления, чувство внезапно возникшего утомления и т. д.). Но он может быть и чисто психологической природы – в виде тревоги, страха, растерянности, чувства одиночества, тоскливости, подавленности. При этом очевидно, что степень выявляющейся дезорганизации психической деятельности пропорциональна адаптационной способности индивидуума в изменившейся для него социальной или личностно-интимной ситуации. В самом общем виде психологический кризис вызывается депривацией или фрустрацией важнейших потребностей индивидуума и специфической индивидной реакцией его на эту ситуацию. Психологический кризис представляет собой дисбаланс конструктивных и разрушительных тенденций и форм психической деятельности [А. Г. Амбрумова, 1983].

Несомненно, 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 [А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, Л. Л. Бергельсон, 1981].

Понятие адаптации в его наиболее широком определении, принятом в современной литературе, означает соответствие между живой системой и внешними условиями. Причем адаптация – это и процесс, и его результат, т. е. определенная структурная организация. В такой формулировке адаптация

относится к числу фундаментальных понятий в целом комплексе наук. По мнению большинства отечественных исследователей, существует прямая связь психологической дезадаптации с суицидальным поведением. Выдвинутая в 70-х годах А. Г. Амбрумовой [1974, 1975, 1978] концепция, согласно которой суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта, определяет основные направления в отечественной суицидологии и сегодня. В связи с этим особое место в определении реального суицидального риска занимает психологическая диагностика уровня психической и социально-психологической адаптированности личности. Современная психологическая наука располагает довольно широким спектром валидных и надежных диагностических методик для этих целей.

Н. Д. Кибрик [1983], исследуя связь дезадаптации и суицидального поведения у студентов вузов, выделяет следующие критерии для отнесения студентов к числу «дезадаптан-тов»: наличие затруднений, связанных с обучением, нарушения в сфере контактов, возникновение конфликтов в связи с изменением положения в коллективе или в системе межличностных отношений ближайшего окружения. Для учета тяжести дезадаптации, возникающей в учебном процессе, автором было выделено три ее степени.

Первая степень характеризуется наличием определенных затруднений в усвоении учебного материала. При этом наблюдаются различные степени выраженности общеневротических расстройств, нарушения сна, трудности в сосредоточении, утомляемость, вспыльчивость, раздражительность (чаще во время сессии). Некоторая тревожность, желание изменить ситуацию, преодолеть трудности.

Вторая степень объективно соответствует снижению успеваемости, пропускам занятий, конфликтам с администрацией, нарастанию невротичности с преобладанием эмоциональных расстройств, а также злобности, нетерпимости, претензиям на особое отношение к себе, противопоставлению себя группе.

Третья степень выражается в прекращении обучения, отчислении,

астенических и астенодепрессивных проявлениях с переживаниями неудачно сложившейся жизни.

Наиболее суицидоопасны 2 и 3 степень на I и II курсах.

Условия, способствующие дезадаптации [Н. Д. Кибрик, 1983]:

1. Личностные особенности:

а) несоответствие эмоционального и интеллектуального отношения к выбору учебного заведения. Это чаще всего связано со случайным выбором вуза, отсутствием знакомства с характером и содержанием изучаемых дисциплин. При этом часто имеет место давление родителей на личность в ходе выбора вуза, их протекция;

б) несоответствие особенностей личности с предъявляемыми к ней требованиями в процессе обучения;

в) несоответствие между интеллектуальными возможностями и объемом и содержанием учебного материала.

2. Психогенные влияния:

- психотравмирующие воздействия;
- психотравмы вне вуза;
- психотравмы в стенах вуза, в коллективе, связанные с неприятием коллективом личности.

3. Соматогении.

На основании определения и психологического анализа дезадаптации можно констатировать, что релевантные суициду факторы правомерно рассматривать как исходные и детерминирующие процессы дезадаптации. В процессе рассмотрения факторов, сопряженных со степенью суицидального риска, среди них выделялись две большие группы – интроперсональные и экстраперсональные. Применительно к первым отмечалось, что индивида дезадаптируют различные акцентуированные черты личности и другие особенности характера, искажения когнитивной сферы, сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам и фрустрирующим факторам,

неполноценность коммуникативных систем, неадекватная самооценка (завышенная, заниженная или неустойчивая), отсутствие или утрата целевых установок или ценностей, лежащих в основе жизни, ограничение или несформированность адаптационной системы. Что же касается экстраперсональных факторов, то и здесь нетрудно было выделить дезадаптирующее влияние психотравмирующих воздействий, одиночества, утраты престижа, миграции, пьянства и различных экстремальных, особенно маргинальных, условий [А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, Л. Л. Бергельсон, 1981]. Это лишь незначительная часть факторов, обуславливающих суицидальное поведение, их перечень можно продолжить. Однако, на наш взгляд, уже этого достаточно для понимания роли и места социально-психологической дезадаптации в генезе суицида.

Исходя из диагностических целей, следует отметить, что дезадаптация может проявляться как объективно, так и субъективно. Объективно дезадаптация проявляется в изменении поведения человека в среде социального окружения, в ограничении способности справляться с социальными функциями или в патологической трансформации поведения. Субъективным выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных сдвигов: от негативно окрашенных переживаний до клинически выраженных психопатологических синдромов. Социально-психологическая дезадаптация не тождественна понятию болезни и может проявляться как в патологической, так и в непатологической форме. В динамике этих обеих форм социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду, исследователями выделяются две фазы: predispositional и suicidal. 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 [А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, Л. Л. Бергельсон, 1981].

Исследуя социально-психологическую дезадаптацию, особенно ее переход

из predisпозиционной фазы в суицидальную, нельзя обойти вниманием следующий феномен.

Обычно покушению на самоубийство предшествует период (от нескольких суток до нескольких месяцев) так называемого конфликтного напряжения, характеризующийся комплексом отрицательных эмоциональных переживаний, повышенной чувствительностью к неблагоприятным внешним влияниям, снижением уровня оптимизма, поиском путей разрешения конфликта. Исключительная особенность этого периода (до появления суицидальных тенденций) заключается в резко возрастающем стремлении личности к установлению неформального, так называемого эмпатического контакта, в результате которого через сопереживание происходит «дренаж» накапливающегося аффективного напряжения. Этот механизм называют «поиском опоры». В качестве объекта для такого рода контакта предпочитается нейтральное лицо, не связанное с суицидентом системой семейных или профессиональных отношений. Если же суицидент не находит такой объект либо ему не удается установить глубокий эмоциональный интимный межличностный контакт, происходит дальнейшее прогрессирование, углубление дезадаптации, появляются суицидальные переживания и их проявления. Уже в пресуициде уровень коммуникации значительно ниже (а в некоторых случаях вообще сводится к нулю).

Рассмотренный феномен имеет огромное значение в системе превенции суицидального поведения. Коррекционные мероприятия на этом этапе очевидны, и их содержание вытекает из феноменологии.

Нельзя обойти вниманием тот факт, что основную роль в генезе суицидального поведения играет не абсолютная, а относительная глубина социально-психологической дезадаптации, т. е. быстрота и степень снижения ее исходного уровня. Например, на различных клинических моделях было показано, что больший суицидальный риск представляют личности с изначально высоким уровнем адаптации по сравнению с теми, у кого до начала динамики развивались ограничения адаптационного процесса.

По мнению А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко, Л. Л. Бергельсон [1981], решающее значение для перехода predisпозиционной фазы в суицидальную имеет конфликт, наличие которого необходимо для появления суицидальных тенденций и в условиях которого значительно усиливаются нарушения процесса адаптации. С точки зрения генеза суицида авторы отмечают, что неспецифическая predisпозиционная фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через своего рода критическую точку, имеющую две основные характеристики:

а) ограниченное количество известных субъекту вариантов разрешения конфликта;

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

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

Нам представляется, что это происходит следующим образом. У каждого человека под влиянием многих факторов формируется определенная (довольно подвижная) модель мира. Составной частью этой модели является система способов и механизмов решения тех или иных жизненных задач и проблем. В зависимости от широты и богатства модели мира система адаптации также может состоять из большого или, наоборот, малого количества способов приспособления и решения проблем. Важная особенность этой системы – определенная иерархия существующих механизмов, т. е. способы адаптации и решения конфликтов расположены в системе в порядке их субъективной приемлемости для личности. Одним из таких механизмов является суицидальное поведение как способ решения конфликта. Таким образом, сталкиваясь с некоторой конфликтной ситуацией, один индивид быстро и оптимально решает ее, а другой, ввиду «бедности» модели, рано или поздно подходит к самоубийству как к решению конфликта (причем этот процесс довольно жестко детерминирован описанными выше условиями).

Существует несколько способов коррекции такого рода трагического

механизма, которые должны составлять единую систему мероприятий:

- а) расширение модели (например, путем тренинга навыков адаптации);
- б) дискредитация самоубийства как способа решения конфликта;
- в) повышение приемлемости адекватных механизмов адаптации;
- г) поиск смысла конфликта, страдания.

Очень точно терапевтический эффект этого механизма описал В. Франкл [1990]: «Страдание каким-то образом перестает быть страданием в тот момент, когда обнаруживается его скрытый смысл, например, смысл жертвенности».

Как уже отмечалось выше, суицидологами (врачами и психологами) была признана несостоятельность психопатологической концепции суицида, согласно которой самоубийство – это всегда аутоагрессивный акт психически больного человека. Было показано, что значительная часть самоубийств совершается психически здоровыми лицами. Наряду с этим получило распространение представление о том, что сам акт самоубийства, совершаемый психически здоровым индивидом, представляет собой во многих случаях непатологическую психологическую «общечеловеческую» реакцию личности на экстремальные обстоятельства.

Это представление получило свое отражение в концепции непатологических суицидоопасных ситуационных реакций [А. Г. Амбрумова, 1983, 1990; А. Г. Амбрумова, Е. М. Вроно, 1985]. Данная концепция декларирует, по существу, положение о том, что во многих случаях самоубийство совершается психически здоровыми людьми в состоянии нормальной психологической реакции на чрезвычайные обстоятельства.

Непатологические ситуационные реакции во временных границах своего протекания (от нескольких дней до 3 месяцев) либо достигают кульминации, выражающейся в суицидальном поведении, либо самокупируются в течении первых нескольких дней, либо – под влиянием терапевтического вмешательства – снимаются с полным восстановлением прежнего уровня адаптации личности. Во всех непатологических ситуационных реакциях их суицидоопасность определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования

будущего (т. е. степень их безнадежности).

При наличии или оформлении во внешних формах поведения каких-либо ситуационных реакций – во внутренней картине переживаний человека обычно обнаруживаются нерешительность, усталость, чувство одиночества, покинутости, беспомощности, изоляции, печали, душевной боли, тоскливости, подавленности. Все ситуационные реакции характеризуются наличием переживаний дистимической окраски. Именно эти переживания обладают наиболее дифференцированными нюансами – от безрадостности до полного отчаяния, безнадежности, отгороженности. Причем степень глубины переживания не всегда легко установить, так как привычные внешние формы поведения не обязательно оказываются грубо измененными. При ситуационных реакциях не исключаются, не исчезают из реальной практической деятельности привычные адаптационные стереотипы поведения, они лишь теряют свою результативность, снижают уровень успешности, осуществляясь при значительно сниженном уровне контроля и самоконтроля.

Исходя из психологической картины и динамики, ситуационные реакции могут быть подразделены на шесть типов:

- 1) реакция эмоционального дисбаланса;
- 2) пессимистическая ситуационная реакция;
- 3) реакция отрицательного баланса;
- 4) реакция демобилизации;
- 5) реакция оппозиции;
- 6) реакция дезорганизации [А. Г. Амбрумова, 1983].

1. Реакция эмоционального дисбаланса. Характеризуется отчетливым превалированием гаммы дистимических изменений. Общий фон настроения снижен. Человек ощущает чувство дискомфорта той или иной степени выраженности. Характерно нерезкое повышение уровня тревожности. Теряется глубина контактов. Длительность – до 2 месяцев.

Настоящий тип наиболее открыт воздействию психотерапии, поэтому только продолжительность реакций, протекающих в неблагоприятных условиях

больших нагрузок, может создать опасность зарождения суицидальных тенденций. Один из основных путей ликвидации этого состояния – расширение контактов. Пусть это будет даже переписка или односторонний монолог (в этом случае необходим внимательный слушатель). Советов при этом типе реакции давать нельзя, нужно просто немного уважения.

2. Пессимистическая ситуационная реакция . Выражается в первую очередь изменением мироощущения, установлением мрачной окраски мировоззрения, суждений и оценок, видоизменением и переструктурированием системы ценностей. Характерно стойкое снижение уровня оптимизма. Реальное планирование уступает место мрачным прогнозам. Завышенная самооценка, как правило, усугубляет положение.

Эта реакция наиболее суицидоопасна, поскольку любые вмешательства извне переоцениваются в духе собственной пессимистической концепции и не могут нейтрализовать психотравмирующий стимул. Эта реакция чревата внезапным выходом в так называемый сиюминутный и непредсказуемый суицид. Длительность – 3 месяца.

Корректирующие воздействия крайне трудны и сложны. Наиболее эффективна индивидуальная и групповая аксиопсихотерапия.

3. Реакция отрицательного баланса . Содержанием является рациональное «подведение жизненных итогов», оценка пройденного пути, определение реальных перспектив. Наблюдается у лиц с неизлечимыми соматическими заболеваниями, у одиноких лиц.

Подготовка к суициду носит тщательно скрываемый характер, выбираются наиболее летальные способы. В случае попыток, не закончившихся смертью, суицидальные намерения сохраняются.

Для предупреждения суицида необходимо переключить человека на другой вид деятельности. Наибольший эффект здесь может принести аксиопсихотерапия и средотерапия (для лиц на этапе инволюции).

4. Реакция демобилизации. Отличается резкими изменениями в сфере контактов: отказом от привычных контактов или их ограничением, что вызывает

мучительные переживания одиночества. Наблюдается также частичный отказ от деятельности. Длительность – 1 месяц.

Терапевтическое вмешательство строится главным образом в направлении создания условий для отдыха, общеукрепляющего лечения, в совместных поисках выхода из создавшейся психотравмирующей ситуации. Для успешной коррекции необходимо восполнить эмоциональный контакт.

5. Реакция оппозиции. Характерна своей выраженной экстрапунитивной реакцией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Часто агрессивные тенденции меняют направление, переключаясь на механизм аутоагрессии.

Невысокий уровень суицидального риска. Этот тип реакции выливается в самокупирование, а в случае глубины и высокой интенсивности требует быстрого принятия адекватных мер в сочетании с активной рациональной психотерапией. А для начала такого человека необходимо просто внимательно выслушать.

6. Реакция дезорганизации. Содержит в своей основе тревожный компонент. Вследствие этого здесь наблюдаются соматовегетативные проявления (гипертония, сосудистые кризы, нарушения сна и т. д.). Длительность – 2 недели.

Реакция полностью снимает интеллектуальный контроль, дезорганизует планирование. «Прорыв» в суицид неожиданный.

Для нормализации эмоционального фона при этом типе наиболее эффективными оказываются групповые занятия типа тренинг-групп.

Л. Л. Бергельсон и А. М. Поннзовский отмечают, что непатологические ситуационные реакции возникают, если индивид воспринимает, оценивает и интерпретирует объективно сложившуюся ситуацию, руководствуясь неадаптивными шаблонами мышления, которые зависят от наличия у субъекта определенных когнитивных структур.

1. *Реакция эмоционального дисбаланса* формируется в результате действия

когнитивного механизма «*максимизации – минимизации*» (т. е. преувеличение значимости одних ситуаций и преуменьшение – других). При этом личностные ресурсы оказываются недооценены, что ведет к преобладанию отрицательных эмоций.

2. *Пессимистическая ситуационная реакция* образуется в результате искажения времени, ориентации исключительно на прошлое. Акцент памяти при этом ставится на негативном опыте. Характерна также проекция прошлого негативного опыта на будущее, а также проекция низкой оценки какого-либо качества на личность в целом.

3. *Реакция отрицательного баланса* формируется в результате того, что в сознание не допускаются положительные моменты, способные скорректировать информацию о положении дел.

4. *Реакция демобилизации* образуется в результате искажения восприятия и оценки собственной деятельности и ее результатов.

5. *Реакция оппозиции (гнев, обида) и реакция дезорганизации (тревога)* формируются в результате защитной реакции эмоций гнева или обиды при оценке ситуации как покушения на личностную сферу. Тревога образуется в том случае, если человек не уверен, что что-то плохое произойдет, но не исключает это, а страх – если уверен в этом.

Все перечисленные выше когнитивные механизмы являются постоянной личностной характеристикой, когнитивным стилем индивида.

Рассматривая далее место и роль относительно кратковременных психологических реакций в генезе и динамике суицидального поведения, нельзя не отметить, что суицидальное поведение очень часто является итогом острых аффективных реакций, для которых характерны чрезвычайная сила проявлений, своеобразие восприятия и осмысления окружающего, нередко с элементами дезорганизации поведения, и сужение сознания. На высоте аффекта внезапно могут возникать и реализовываться суицидальные намерения. При суицидальном поведении в состоянии аффекта определяющими являются два момента:

- наличие актуальной конфликтной ситуации и особая структура личности;
- готовность личности расценить психотравмирующую ситуацию как неразрешимую и суицидогенную.

В психологической динамике формирования суицидального замысла и его реализации при аффективных реакциях значительную роль играют личностные особенности, ценностные ориентации и установки. Очень часто суицидогенным оказывается конфликт между необходимостью примириться с неожиданным крушением надежд, планов и невозможностью это сделать, «неумение ослабить негативные действия фрустрации» [В. К. Мягер, Н. В. Конончук]. Значительное влияние на формирование аффективных реакций могут иметь акцентуации характера, которые, оказываясь более уязвимыми в отношении различных психических нагрузок, способствуют прорыву барьера психической адаптации личности с возникновением такого эмоционального состояния, при котором, по мнению самих суицидентов, единственным способом разрешения конфликта является «уход из жизни». Причем при острых аффективных реакциях психогенная ситуация не успевает подвергнуться глубокой, осознанной личностной переработке и приводит к аффективному ответу с элементами дезорганизации поведения.

В результате исследования, проведенного И. В. Поляковой [1983], были выделены три группы суицидентов соответственно разным типам аффективных реакций.

1. Острые первичные аффективные реакции

Реакции возникают при внезапном действии психогенного фактора, который является «чрезвычайным» для данной личности. Конфликты при этом имеют внешний, острый и локальный характер.

Эти суициденты отличаются неуравновешенностью, возбудимостью и обидчивостью. Чаще всего для них характерны возбудимые, аффективно-лабильные и лабильно-истероидные акцентуации.

В некоторых случаях аутоагрессивному поступку предшествует гетероагрессивное поведение. На высоте эмоционального напряжения возникает

мысль о самоубийстве. Острый пресуицидальный период исчисляется минутами. Суицидальная попытка совершается с использованием первого попавшегося предмета. Чаще всего показателен истинный характер, хотя и в присутствии других лиц. Постсуицид критический, суицидальные тенденции отсутствуют.

2. Вторичные аффективные реакции

В этих случаях наличествует протрагированная конфликтная ситуация. Многие суициденты на протяжении длительного времени пытаются исправить ситуацию, ищут пути разрешения конфликта.

Отличительными характерологическими особенностями лиц данной группы являются в одних случаях стеничность, завышенный уровень притязаний, в других – ранимость, неуверенность в себе, сниженная самооценка.

Суицид возникает на высоте аффективных реакций в ответ на действия дополнительных психотравмирующих факторов, которые как бы «наслаиваются» на еще не исчерпанный первичный конфликт.

Пресуицид острый. Способы совпадают с предыдущей группой.

Для этих реакций характерен манипулятивный постсуицид.

3. Аффективные реакции «аккумуляции»

В этом случае наблюдается ряд сложных длительных психотравмирующих ситуаций, которые значительно снижают защитные возможности личности. Дополнительная травматизация является «последней каплей», приводящей к реализации суицидальных действий.

Эту группу составляют лица старшего возраста, в основном женщины. Наиболее часто встречаются эмотивно-лабильные, сенситивные, аффективно-лабильные личности. Наблюдаются повторные суициды. Среди способов преобладает отравление лекарствами, реже – прижигающими веществами.

В постсуицидальном периоде суицидальные намерения сохраняются, хотя и несколько снижается их аффективная напряженность.