



УДК 316.36:316.624-053.6

## СЕМЬЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ АУТОАГРЕССИВНОГО, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**Е.И. ТАРАНОВА**

Государственный научный  
центр социальной  
и судебной психиатрии  
им. В.П. Сербского,  
г. Москва

e-mail: taranovael@mail.ru

Рассмотрены вопросы внутрисемейного взаимодействия несовершеннолетних, состав и особенности семьи, индивидуальные особенности родителей и sibсов, стили воспитания, характер микросоциального окружения. Выделены группы риска аутоагрессивного и суицидального поведения. В работе сформулированы принципы классификации аутоагрессивного поведения и принципы оказания психокоррекционной и реабилитационной помощи, отражены механизмы, провоцирующие аутоагрессию, стратегии их преодоления.

Ключевые слова: подростки, аутоагрессивное поведение, эмоционально-поведенческие расстройства, подростковый суицид, семейная дезадаптация.

Одной из наиболее важных причин, определяющих возрастную специфику аутоагрессивного подросткового поведения, является то обстоятельство, что мы имеем дело с периодом самого значительного возрастного психэндокринного сдвига – с пубертатным кризом, роль которого в генезе социальных и личностных девиаций, возникновений или манифестации психических расстройств трудно переоценить. Когда происходят социализация личности и ее становление (а именно личностные особенности оказываются наиболее важным для формирования агрессивных установок), влияние социальных факторов чрезвычайно велико. В это время у подростка формируются межличностные отношения, определяется место в обществе, вырабатываются морально-этические принципы, ценностные, ориентации.

По мнению Т.Б. Дмитриевой [3, 4, 5], типичными и распространенными начальными проявлениями расстройств личности являются нарушения психологического развития органические и когнитивные расстройства. Одним из важных факторов, способствующих формированию расстройств личности, является социальная среда, прежде всего семейная и школьная.

При изучении специфики генеза, механизмов и мотивации криминальных агрессивных, аутоагрессивных поступков у подростков следует опираться на современные базовые представления о возрастных закономерностях, возрастной психологии и клинике психических расстройств.

Важность изучения психических расстройств у подростков стала наиболее актуальной в последние годы, когда обнаружилась отчетливая тенденция к росту проявлений подростковой агрессии, аутоагрессии и различных форм аддикций. По данным ВОЗ среди случаев нанесения себе травм, включая самоубийство, около 20% случаев приходится на подростковый и юношеский возраст.

Среди наиболее значимых социально-средовых факторов, повышающих вероятность совершения самоубийства, выделяют влияние тяжелых стрессовых событий (потеря близкого человека, распад семьи, пережитое физическое или сексуальное насилие и др.), определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянной работы и др.), доступность высоко летальных средств суицида.

Наиболее частые стрессовые события, провоцирующие суицидальное поведение, – смерть близкого человека, разрыв отношений с любимым человеком, различного рода межличностные конфликты. По данным отечественных исследователей, около  $\frac{2}{3}$  всех самоубийств происходит под влиянием причин личностно-семейного характера. При этом у молодых лиц в возрасте 16-20 лет наиболее частой причиной самоубийства являются неудачные любовные взаимоотношения.

Целью предпринятого исследования явилось определение влияния семьи, как фактора воздействующего на формирование суицидального, аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте.

В основу настоящего исследования положено клинико-динамическое наблюдение 100 подростков 13-16 лет в период с апреля 2009г. по август 2010 г. Из них 30 че-

люди составили контрольную группу, а 70 человек составили группу риска, которая была разделена на две подгруппы: подростки с легким депрессивным эпизодом (30 человек) и подростки со смешанными расстройствами эмоций и поведения (40 человек). Указанные подгруппы объединяются общими социально-психологическими характеристиками, а именно, наличием стойкой семейной депривации.

Основными мотивами обращения, как со стороны родителей, так и педагогов за помощью к психиатрам являлись: несоблюдение дисциплинарных требований, конфликтных отношениях в семье, с педагогами и сверстниками, о чем свидетельствуют записи в характеристике о состоянии на учете в комиссии по делам несовершеннолетних, суицидальные попытки, шантажное поведение, сниженный фон настроения (стойкое в течение 6 месяцев и более), отрицательное отношение к обучению с непосещением общеобразовательных учреждений, бесцельное времяпровождение на улице, за компьютером, в «сомнительных» компаниях, принадлежность к молодежным субкультурам, злоупотребление алкогольными напитками.

Следовательно, в целом оценки родителей, опекунов и педагогического состава характеризуют социальную, психологическую и педагогическую составляющую стойкого эмоционально-поведенческого расстройства.

Из социальных факторов, воздействующих на социализацию ребенка, следует выделить семью, которая является ключевым условием оптимального социального, психосоциального развития ребенка и наиболее часто выступает источником нарушений возрастного психического развития, аутоагрессивного, суицидального поведения связанных с этими социально обусловленными явлениями различными психическими расстройствами у подростка. В связи с изменившимися экономическими и политическими условиями жизни в нашей стране сформировались крайне неблагоприятные тенденции в демографической ситуации и семейно – брачных отношениях. Беспрецедентная демографическая ситуация, характеризующаяся ростом смертности, падением рождаемости и снижением удельного веса браков сохраняется в России с начала 90-х годов до настоящего момента, что во многом отражает социальное неблагополучие современного общества [11].

Сухаревой Г.Е. [13] детально изучены типы изменений характера детей и подростков в зависимости от характера родительской семьи. При этом выделяется ряд общих моментов, играющих существенную роль в генезе последующих нарушений поведения:

- 1) неправильное воспитание ребенка;
- 2) длительность воздействия неблагоприятной обстановки;
- 3) наличие известной психологической "понятности".

Одним из первых авторов, подробно описавших связь возникновения патохарактерологических развития с семейной обстановкой была Гурьева В.А. (1975). По данным Гурьевой В.А. и соавт.[2] семейная среда влияет на формирование личности тремя путями:

- 1) фиксацией путем подражания;
- 2) закреплением негативистических реакций;
- 3) прямым культивированием, подкреплением со стороны окружающих психопатических реакций подростка [2].

Приведенные исследования касаются связи психопатологических признаков в виде девиантного поведения и эмоциональной неустойчивости у подростков с неблагополучным окружением. Зарубежные исследователи, приводя сходные факты, придают решающее значение в генезе в рамках «нарушений поведения» у подростков одновременное наличие нескольких социально-психологических психотравмирующих факторов [19, 20]. Наиболее важными из которых являются безнадзорность, перенаселенность, неправильное воспитание, неполная семья, девиантное поведение родителей [18]. Что касается роли семейного климата, то, по мнению Singh N.N. и соавт [28], домашние и семейные неурядицы служат детерминантой психических заболеваний не менее чем в 20% случаев Большая часть зарубежных ученых расценивают патохарактерологические нарушения у детей и подростков из неблагополучных семей как «поведенческие расстройства» и «высокую степень конфликтности» [16, 28], а алкоголь, в целом, рассматривается как «поведенческий тератоген» [17, 21, 22].



Рыбалко М.И. (1989) большое значение в возникновении неврозов у детей и подростков придают дисгармоничным типам воспитания. Условия гипоопеки или безнадзорности способствуют повышенной аффективной возбудимости, склонности к конфликтам и активным реакциям протеста с агрессивными разрядами и асоциальными поступками. Воспитание типа «золушки», когда ребенок лишается ласки, подвергался унижениям и физическим наказаниям создает условия для появления тормозимых черт, основными признаками которого является робость, подчиняемость, неумение отстаивать свои интересы.

Семья формирует и определяет поведение индивида, закладывает эмоциональный план и структуру поведения, которая в значительной мере сохраняется в течении жизни, а также оказывает модифицирующее влияние на поведение в каждый определённый период жизни [8]. Захаров А.И. (1976), рассматривая генезис некоторых реактивных изменений личности взрослых, обнаружил их формирующие начала в детском и подростковом возрасте. Отдельными авторами предпринимались попытки классификации семей, в которых дети и подростки отличаются отклоняющимся поведением. Считая причиной возникновения девиантного поведения негармоничный тип семейных отношений, Мишина Т.М., (1988) предложила следующую классификацию таких семей:

- 1) неполная семья (семья, где мать одна воспитывает ребенка с рождения),
- 2) распавшаяся семья (семья с приходящим отцом),
- 3) распадающаяся семья,
- 4) ригидная (псевдосолидарная) семья (излишне регламентированная, с холодными, деспотичными отношениями родителей друг к другу и детям),
- 5) деструктивная семья (характеризуется нравственной изолированностью членов семьи друг от друга, атмосферой на напряженности и конфликтности),
- 6) семья с преобладающим отношением гиперпротекции,
- 7) семья с преобладающим отношением гипопротекции.

Данная классификация основана на анализе травмирующего влияния семейных отношений на ребенка.

Наиболее полную схему анализа семьи предложил Личко Е.А. (1979). Его описание семьи включает следующие характеристики и их варианты:

1. Структурный состав:
  - полная семья (есть мать и отец);
  - неполная семья (есть только мать или отец);
  - искажённая или деформированная семья (наличие отчима вместо отца или мачехи вместо матери).
2. Функциональные особенности:
  - гармоничная семья;
  - дисгармоничная семья.

Таблица 1

#### Распределение обследованных подростков по типу семьи

Полная семья	Многодетная семья	Неполная семья (развод/смерть одного родителя)	Искаженная семья (отчим/мачеха)	Опекуны
11	7	21	15	16

Из табл. 1 видно, что обследованная группа формировалась из пяти типов семьи: из 100 подростков участвовавших в обследовании, 30 человек, которые не были внесены в табл. 1 составляли контрольную группу, которая показывает себя, не попадающей в зону риска; 11 подростков из полных семей; 7 подростков из многодетных семей; 21 подросток из неполных семей; 15 подростков из искаженных семей, 16 подростков воспитываются опекунами, ближайшие родственники или приемные родители. Таким образом группу риска составляют неполные или искаженные семьи.

Личко А.Е. (1979,1983) останавливается на четырёх неблагоприятных ситуациях в семье: 1) гиперопека различных степеней: от желания быть соучастником всех про-

явлений внутренней жизни детей (его мыслей, чувств, поведения) до семейной тирании. Эта ситуация наиболее часто отмечалась в семьях 70-х годов нашего времени; 2) гипоопека, нередко переходящая в безнадзорность; 3) ситуация, создающая «кумира семьи». Для нее характерно постоянное внимание к любому побуждению ребёнка и неумеренная похвала за весьма скромные успехи; 4) ситуация, создающая «золушек» в семье. Автор отмечает, что в 80-ые годы появилось много семей, где родители уделяют много внимания себе и мало детям. В этой связи отмечено увеличение количества чёрствых и жёстких подростков. Кроме структуры семьи, важное место в воспитании занимает стиль родительского воспитания. Наиболее интересна классификация стилей воспитания (точнее, аномалии стилей воспитания), предложенная Личко А.Е. [9, 15]. Авторы описывают шесть типов воспитания детей, страдающих психопатиями: потворствующая гиперпротекция, содействующая развитию истероидных и гипертимных черт характера; доминирующая гиперпротекция, усиливающая астенические черты характера; эмоциональное отвержение ребёнка, способствующее акцентуации по эпилептоидному типу; повышенная моральная ответственность, стимулирующая развитие психоастенического характера; безнадзорность, сопровождающая гипертимность и неустойчивость поведения ребёнка.

Таблица 2

**Распределение обследованных подростков по типу воспитания**

Гиперопека	Насилие	Нет насилия
31	5	26

  

Гипоопека	Насилие	Нет насилия
39	24	15

В табл. 2 подростки распределены по типам воспитания, из 100 человек 30 человек составляют контрольную группу; 70 подростков входит в группу риска. 31 подросток воспитывается в условиях гиперопеки, из них 5 подростков подвергаются насилию со стороны членов семьи, 26 подростков не подвергаются насилию, родители «контролируют каждый шаг». 39 подростков воспитываются в условиях гипоопеки, «предоставлены сами себе», система воспитания «от случая к случаю», из них 24 подростка подвергается насилию со стороны членов семьи по типу «избиения, жестокого наказания»; 15 подростков из 39 не подвергаются насилию.

Алексеева Л.А. [1] различает следующие виды, неблагополучных семей: конфликтная, аморальная, педагогически некомпетентная и асоциальная семья.

Бочкарёва Г.П. (1995) определяет:

1) Семью с неблагополучной эмоциональной атмосферой, где родители не только равнодушны, но и грубы, неуважительны по отношению к своим детям, подавляют их волю;

2) Семьи, в которых нет эмоциональных контактов между членами семьи, безразличие к потребностям ребёнка при внешней благополучности отношений;

3) Семьи с нездоровой нравственной атмосферой. Там ребёнку прививаются социально нежелательные потребности и интересы, он вовлекается в аморальный образ жизни. Как видим, в основу этой классификации кладётся содержание переживаний ребёнка.

В работе Захарова А.И., выявлены и представлены следующие психотравмирующие факторы микросреды, влияющие на психическое здоровье детей: 1) конфликтные ситуации во взаимоотношениях родителей между собой (29,6%); 2) алкоголизация родителей (27,4%); 3) повышенные требования со стороны родителей, граничащие с деспотизмом (18,3%) и др. Были проведены исследования, подтверждающие отрицательные воздействия конфликтных ситуаций на детей и подростков из неблагополучных семей, в особенности на формирование невротических расстройств и на их антисоциальное поведение [14, 23, 24, 25].

Из 100 испытуемых: 30 подростков наследственность не отягощена, 70 подростков попадают в группу риска, из них у 9 подростков отмечается отягощенная наследст-



венность психическими заболеваниями у родственников, суициды; у 23 подростков наследственная отягощенность доминирующей формой которых являлся алкоголизм, неизвестно 18 подростков. (табл. 3).

Таблица 3

### Распределение подростков по наследственной отягощенности

Наследственность отягощенная	Наследственность неотягощенная	Асоциальные семьи (родители употребляющие ПАВ)	неизвестно
9	20	23	18

В русле психоаналитического направления приобрела известность трёхмерная теория интерперсонального поведения [12]. По мнению Роджерса К.Р., для каждого индивида характерны три межличностных потребности: потребность включения, потребность в контроле, потребность в любви. Нарушение этих потребностей может привести к психическим расстройствам.

Таким образом подростки попавшие в группу риска воспитывались в ситуации «психической» заброшенности – гипопеки и безнадзорности. Социально-психологическая заброшенность детей приводила к поиску социальных контактов вне дома, неправильной социализации личности и фиксации девиантных форм поведения. В большинстве случаев дисфункциональные семьи с асоциальной моделью поведения родителей (алкоголизм, наркомания, жестокое обращение) определяли дисгармоничность психического развития – недоразвитие эмоционально-волевой сферы, задержку и искажение формирования морально-этических сторон личности, а также задержку интеллектуального развития [9, 7]. В большинстве наблюдений дисгармоничное воспитание взаимодействовало с другими факторами – отягощенной наследственностью, низким образовательным уровнем родителей, их асоциальным поведением. Обращает на себя внимание значительная частота встречаемости асоциального поведения родителей и ближайших родственников подростков, склонность их к противоправным действиям.

Следовательно, важнейшими предикторами безнадзорности и асоциального поведения в обследованной группе выступала психопатологически отягощенная наследственность и нарушения ранней социализации в форме социально-средового воздействия нестабильной деструктивной семьи в сочетании с воспитательными формами воздействия по типу гипопеки и применение мер физического насилия.

Психическое состояние этих детей и выявляемые у них психогенные и депривационные нарушения во многом определялись характером предшествующей социализации. В большинстве случаев антиобщественное поведение формировалось рано, как правило, в младшем школьном возрасте.

Выше отмечено, что тип воспитания в семьях в большинстве случаев соответствовал гипопеке или отсутствия системы воспитания. Большинство обследованных подростков сообщало, что с раннего возраста родители выгоняли их из дома на улицу, поэтому они «гуляли» до вечера, когда их наконец впускали домой. Многие убегали из дома к бабушкам и дедушкам, вступали в молодежные субкультуры где фактически проводили основную часть времени. В большинстве случаев подростки отмечали, что в среде сверстников и более старших, криминализированных подростков, к ним относились лучше, чем дома.

Анализ полученных результатов дает основание сделать ряд конкретных выводов и практических рекомендаций.

1. Психологическая дезадаптация семейной депривации является общей предпосылкой суицидального поведения. Дезадаптация может быть связана, как со сверхсильным негативным воздействием среды, так и представлять собой временную адаптационную реакцию, но так же может и свидетельствовать о неустойчивой личностной интеграции, быть признаком личностной дисгармоничности, отражать патологические изменения личности.

2. Рост внимания ученых к оценке роли социально-средовых воздействий в формировании эмоционально-поведенческих расстройств в подростковом возрасте позволяет перейти к анализу специфичности жизненных обстоятельств и стрессов, пере-

живаемых подростками со смешанными расстройствами поведения и эмоций, включающими риск суицидальной активности. Необходимы современные исследования с использованием систематизированных данных о семьях которые составляют или предположительно могут составлять группы риска социальной среды, воспроизводящей суицидальную активность.

3. Анализ всего спектра микросоциальных факторов воздействий позволяет сделать вывод о том, что наименее изученной оказались подростково-молодежная субкультура, особенности общения молодежи, коммуникативная деятельность несовершеннолетних и соответственно влияние этих факторов на подрастающие поколения. Следует исследовать развитие и динамику поведенческих девиаций с отдельными устойчивыми паттернами поведения, в частности, аутоагрессивного с высоким риском суицидальных действий.

### Литература

1. Алексеева, Л.С. Зависимость отклоняющегося поведения несовершеннолетних от типа неблагополучной семьи// Предупреждение педагогической запущенности и правонарушений школьников./ Л.С. Алексеева. – М.: Просвещение, 1980. – С.28-31.
2. Гурьева, В.А. Социальное сиротство – причина и результат психической аномальности девиаций личности и поведения // Сироты России: проблемы, надежды, будущее // В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин – М., 1994. – С. 53-54.
3. Дмитриева, Т.Б. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития. Обзор психиатрии/ Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Медико-психол.журн. – 1994. – №2. – С.39-49.
4. Дмитриева, Т.Б. Руководство по социальной психиатрии / Т.Б. Дмитриева – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
5. Дмитриева Т.Б. Этнокультуральная психиатрия / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий. – М.: Медицина, 2003. – 297 с.
6. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков / А.И. Захаров. – М.: Медицина, 1988. – 248 с.
7. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков: анамнез, этиология и патогенез / А.И. Захаров – Л.: Медицина, 1988.
8. Лангмейер, И. Психическая депривация в детском возрасте // Пер. с чешск. / И. Лангмейер З. Матейчик. – Прага : Авиценум, 1984. – 335 с.
9. Личко, А.Е Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко// Л., 1984 -С. 36-50.
10. Мишина, Т.М. Исследование семьи в клинике и коррекция семейных отношений // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Т.М. Мишина. – Л., 1988. – С. 255-281.
11. Орлова В.С. Семейная политика в Российской Федерации: региональные аспекты / Ю.И. Набережнев, М.В. Толмачева, Ю.В. Колесников, О.С. Таранова, В.А. Мазухина. – Белгород, 2004.
12. Роджерс, К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. / К.Р. Роджерс. – М.: Прогресс, 1994. – 480 с.
13. Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М., 1974. – 320 с.
14. Шумаков, В.М. Факторы риска и проблема ранней профилактики патологических нарушений поведения у детей и подростков. // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии./ В.М. Шумаков, Г.В. Скобло, Т.М. Сокольская. – Л. ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1986. – С.164-166.
15. Эйдемиллер, Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии./Э.Г. Эйдемиллер. – М.; СПб.: Фолиум, 1996. – 63 с.
16. Cerny, L., Cerny, M., Kmoskova, L. Profylaxe der neurotischen Storungen bei den kindern aus dem alkoholiker-familien // Тез. Докл. IV Симпозиума детских психиатров соц.стран. – М., 1976. – С. 374.
17. Guile, R. Le test film «Un instrument pour la mesure objective du niveau de maturite affective et de certains traip du comportent. – Paris, 1959.
18. Kage,l S.A., White, R.M., Coune, J.E. Father – absent and father-present families of olis-turbed and nondisturbed addescents // Am.J.Orthopsychiatry, 1978. – vol. 48, №2. – P.342-352.
19. Keeler, W.R. Childrens reaction to the death of parent // Depression/Hoch P.H. and Zu-bin J.(Eds.) Grune Stratton, N.Y., 1954 – P.116.
20. Klaus, M., Kennel, J. Mother-infant interaction: implicationg // Verill-Palmer Quarterly.



– 1982. – Vol. 28. – P.17-23.

21. Moffitt, T.E. Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys developmental trajectories from age 3 to age 15 *Child development*, 1990 – P. 893-910.

22. Olweus, D. Aggression and acceptance in adolescent boys. *Ywoshort-term longitudinal studies of ratings*. *Child Development*, 1977, 48, P. 1301-1313.

23. Rathunde, K. Parent-adolescent interaction and optimal experience. // *Journal of Youth & Adolescence* Dec97, Vol. 26 Issue 6, 669 p.

24. Richman, N. Emotional and behavioral problems in young children. – London, 1988. – 196 p.

25. Roe, A., Siegelman, M. A parent – child relations Questionnaire. – *Child Development*, 1963. – V.34, №. 2. – P. 355-369.

26. Schaffer, D.R., Brody, I.H. Parental and peer influencer on moral development // *Parent – prespects* / Ed. By R.W. Henderson. – N.Y.: Academic Press, 1981. – P. 83-120.

27. Singh, N.N.; Wechsler, H.A.; Curtis, W. J. Family friendliness of inpatient services for children and adolescents with EBD and their families: Observational study of the treatment team process. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, Spring2000, Vol. 8 Issue 1, P.19- 28.

28. Sheridan, M. A Proposed Intergenerational Model of Substance abus. *Famile Functioning. And Abuse / Neglect* // *Y. Abuse and Neglect*. – 1995. – Vol.19, №5. – P. 519-530.

## **FAMILY AS A FACTOR, INFLUENCING ON THE FORMATION OF AUTOAGGRESSIVE, SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS**

**E.I. TARANOVA**

*State Research Center of Social and Forensic Psychiatry of Russian Ministry of Health and Social Development, Moscow*

*e-mail: taranovael@mail.ru*

The problems of intra-interactions of juvenile and family characteristics, individual characteristics of parents and siblings, parenting styles, character of microsocial environment were described. Identified risk groups of autoaggressive and suicidal behavior. The principles of classification of autoaggressive conduct and principles to psycho-correction and rehabilitation care were formulated, the mechanisms that trigger autoaggression, strategies to overcome them were reflected.

Key words: adolescents, autoaggressive behavior, emotional and behavioral disorders, teen suicide, family maladjustment.