

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/87893>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Психоанализ

Введение.....	5
Глава I. Становление теории суицида в психологической и психоаналитической теории.....	8
1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДА И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ.....	8
1.2. СУИЦИД В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ.....	16
1.2.1. Классическая теория З. Фрейда и К. Абрахама.....	16
1.2.2. Теория К. Меннингера.....	19
1.2.3. Аналитическая теория личности Карла Густава Юнга.....	21
1.2.4. Индивидуально-психологические аспекты суицида (А. Адлер).....	24
1.2.5. Психодинамическое направление и эго-психология (К. Хорни).....	28
1.2.6. Теория межличностных отношений Г. С. Салливан.....	30
1.2.7. Концепция суицидального поведения Э. Фромма.....	33
1.2.8. Ложное Я в теории Д. Винникотта.....	35
1.3. ФЕНОМЕН СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВНЕ ПСИХОАНАЛИЗА (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ СУИЦИДА).....	37
1.3.1. Концепция суицидального поведения Э. Дюркгейма.....	37
1.3.2. Классификация типов и систематика проявления самоубийств (Э. Шнейдман и Н. Фарбероу).....	41
1.3.3. Суицид в экзистенциально - гуманистическом подходе (Мэй Р., К. Роджерс, Франкл В.).....	44
1.3.4. Когнитивная модель суицидального поведения (А. Бек).....	45
1.3.5. Сужение аффективной сферы в теории Э. Рингеля.....	46
ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ.....	48
Глава II. Суицидальное поведение в пубертатный период с психоаналитической точки зрения.....	49
2.1. СУИЦИД, КАК КРАЙНЯЯ СТЕПЕНЬ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ.....	49
2.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВ.....	62
2.3. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЕ МОДЕЛИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....	65
2.3.1. Нарциссическая травма.....	65
2.3.2. Нарциссический кризис.....	71
2.4. ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД, КАК ПРОВАЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	72
2.5. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ РОДИТЕЛЯМИ И ПОДРОСТКОМ - ПРЕДПОСЫЛКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	76
2.6. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОДРОСТКАМИ.....	81
2.6.1. Основные задачи терапевтические в консультации суицидальных подростков.....	81
2.6.2. Основные практические формы и методы психоаналитической работы с суицидальными подростками.....	82
2.6.3. Терапевтический альянс, перенос и контрперенос в анализе суицидальных подростков.....	84
ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ.....	87

Глава III. Психоаналитическое исследование самоповреждающего поведения у подростков в контексте детско-родительских отношений.88

3.1. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	88
3.1.1. Организация исследования.....	88
3.1.2. Методики исследования.....	89
3.1.3. Методы статистической обработки данных и их обоснование.....	90
3.1.4. Результаты исследования детско-родительских отношений у подростков.....	91
3.1.5. Результаты исследования взаимосвязи детско-родительских отношений и и суицидальных наклонностей у подростков.....	92

3.2. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	92
3.2.1. Анализ взаимосвязей показателей детско-родительских отношений с показателем суицидальных рисков и намерений у подростков.....	92
3.2.2. Результаты кластерного анализа.....	93
3.2.3. Сравнительный анализ показателей детско-родительских отношений и уровня выраженности суицидальных намерений у подростков.....	94
3.3 Структурное интервью.....	98

ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ.....103

Заключение.....105

Список литературы.....108

Приложения.....118

ВВЕДЕНИЕ

Причины суицидального поведения до конца не изучены, однако это поведение явно является результатом сложного взаимодействия многих факторов. Хотя многие факторы риска были идентифицированы, они, в основном, не объясняют, почему люди пытаются покончить с собой. Хотя психологические факторы, такие как принятие риска и принятие решений, могут влиять на риск других причин смерти (например, болезни сердца и рак), самоубийство, возможно, является причиной смерти, наиболее непосредственно связанной с психологическими факторами, поскольку человек принимает сознательное решение покончить с собой. Большинство психологических научных исследований до сих пор были сосредоточены на суицидальной идее и попытках самоубийства, а не на смерти от самоубийства.

Наиболее восприимчивыми к вышеуказанным изменениям, являются подростки, ведь находясь на стадии этапа формирования личности, который протекает в период столкновения духовного и социального кризиса.

Подросток уже не является ребенком, но и не становится взрослым. В этот временной промежуток у индивида появляется новое чувство, отождествления себя с взрослой жизнью, однако сами взрослые ценности и навыки взрослой жизни на данный момент отсутствуют. Сложность этого периода проявляется не только наличием внутриличностного конфликта, но присутствия конфликта с окружающей средой. Окружающий мир для него сейчас является в основном пугающим и не понятным.

Как правило индивиды в пубертатном периоде более ярко и эмоционально реагируют на происходящие события, чем люди старшего возраста. Подростки подвержены наибольшей восприимчивости по отношению к происходящему вокруг, что классифицирует их, как самую незащищенную категорию людей.

Только у небольшого числа суицидентов обнаруживаются серьезные органические нарушения работы головного мозга. Чаще всего подростки, совершающие суицид, не страдают психическими заболеваниями и несут опасность исключительно собственной личности. В большинстве случаев они испытывают острые переживания, связанные с внутриличностным конфликтом, описанным выше.

Все вышеперечисленное обуславливает актуальность темы «Психоаналитическое исследование самоповреждений у подростков».

Цель дипломной работы: провести подробный теоретический анализ психоаналитических и психологических взглядов на суицидальное поведение, в особенности проявление его у подростков провести психоаналитическое исследование взаимосвязи суицидального поведения у несовершеннолетних с характером детско-родительских отношений.

Объект исследования: самоповреждающее поведение подростков и детско-родительские отношения в пубертатный период.

Предмет исследования: проявление суициального поведения несовершеннолетних в зависимости от характера детско-родительских отношений.

Гипотеза исследования: существует взаимосвязь между суицидальной активностью несовершеннолетних и детско-родительскими отношениями; склонность подростка к суициду связана с дисгармоничностью детско-родительских отношений, а именно директивное отношение, агрессивность, непоследовательность действий, незаинтересованность проблемами ребенка со стороны родителей влияет на формирование у подростка суицидальных наклонностей.

Задачи исследования:

1. Анализ становления и развития теории суицидального поведения в классическом и современном психоанализе.
2. Изучение суицидального поведения в пубертатный период с психоаналитической точки зрения.
3. Исследование взаимосвязи самоповреждающего поведения подростков и характера детско-родительских отношений.

Методологическая основа исследования: Основой данного исследования послужили психоаналитические и психологические труды отечественных и зарубежных авторов, посвященные вопросам суицидального поведения, особенно в пубертатный период З. Фрейда, К. Абрахама, К. Миннингера, К. Г. Юнга, А. Адлера, Г.С. Салливэна, К. Хорни, Э. Дюркгейма, Мэй Р., К. Роджера, В. Франкла, А. Бека, Д. Винникотта, Э. Фромма, Н. Фарбероу, Э. Шнеймана, Э. Рингеля и др. Так же использованы психодиагностические методики для анализа самоповреждающего поведения подростков.

Методы исследования: анализ научной (психоаналитической и психологической литературы), проведения исследования, методом анкетирования, математическая обработка данных.

Методическое обеспечение исследования: 1) Методика диагностики суицидальных намерений А.А. Кучер, В.П. Костюкевич; 2) Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста»; 3) Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ). Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В.; 4) Структурное интервью О. Кернберга.

Новизна и теоретическая значимость исследования: в работе интегрирован психологический и психоаналитический подход в исследовании аутоагрессивного поведения, суицида, суицидального поведения, в особенности в пубертатный период. Выявлена взаимосвязь детско-родительских отношений и суицидальных наклонностей в подростковом возрасте.

Практическая значимость работы обусловлена возможностью использования материалов в работе психологов и педагогов – психологов по предотвращению самоповреждающих проявлений среди несовершеннолетних, а также возможности своевременной диагностики, выявлению и применения профилактических мер по предотвращению суицида. Объем работы составил 117 страниц.

1. СТАНОВЛЕНИЕ ТЕОРИИ СУИЦИДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ

1.1 Определение суицида и суицидального поведения в психологической и психоаналитической теории

Терминологически, суицид – это акт преднамеренного прекращения человеком своей собственной жизни. Автор использует общий термин "суицидальное поведение" для обозначения мыслей и поведения, связанных с намеренным самоубийством человека. Эти мысли включают в себя более конкретные результаты суицидальной идеации, которая относится к человеку, имеющему мысли о преднамеренном лишении себя жизни; план самоубийства, который относится к формулированию конкретного заговора человеком, чтобы покончить с собой; и попытка самоубийства, которая относится к вовлечению в потенциально вредное для себя поведение, в котором есть по крайней мере некоторое намерение умереть в результате этого поведения, а также самоповреждение (преднамеренное самоотравление или самоповреждение независимо от мотива[13])

Причины суицидального поведения до конца не изучены; однако неясно, почему факторы риска работают комплексно, повышая общий риск такого поведения. Возможно, наиболее широко изученным фактором риска суицидального поведения является наличие предшествующего психического расстройства.

Результаты психологических исследований свидетельствуют о том, что более 90% людей, умерших в результате самоубийства, имели какое-либо психическое расстройство до своей смерти[77]. Однако, в целом, большинство людей с психическим расстройством никогда не проявляют склонность к суициду (то есть не испытывают суицидальных мыслей, не предпринимают попыток самоубийства или не умирают от самоубийства). Например, менее 5% людей, поступающих в больницу для лечения аффективного расстройства, умирают от самоубийства. Большинство людей с психическим расстройством не умирают от самоубийства и не испытывают суицидального поведения. Таким образом, хотя наличие и накопление

психических расстройств являются факторами риска суицидального поведения, они не обладают достаточной прогностической силой и, возможно, что еще более важно, не объясняют, почему люди пытаются покончить с собой. По этой причине необходимо выявить более конкретные маркеры суицидального риска. Понимание психологических процессов, лежащих в основе как суицидальных мыслей, так и решения действовать в соответствии с суицидальными мыслями, особенно важно, поскольку вмешательство должно быть направлено на устранение суицидальных мыслей, когда они впервые возникают, прежде чем перейти к суицидальной попытке [43].

Психологические теории суицидального поведения и их истоки можно проследить еще по Фрейду, хотя последовательные исследования суицида не велись всерьез до 1950-х годов и значительно расширились за последние 25 лет. Современные модели суицида – это в основном диатез-стресс по происхождению и когнитивные по направленности. Модель диатез-стресса утверждает, что отрицательные результаты ранее существовавших факторов уязвимости особенно выражены при активации стрессом. Последние когнитивные и поведенческие модели также направляют развитие методов лечения. Модель дисрегуляции эмоций Линехана, первоначально разработанная в контексте пограничного расстройства личности, лежит в основе диалектической поведенческой терапии, в то время как другие теоретические разработки были сосредоточены на системе оценки личности [44]. Психологические теории имеют важное теоретическое и клиническое значение, поскольку они обеспечивают основу для понимания того, как сложное взаимодействие факторов приводит к увеличению риска самоубийства. Кроме того, эти теории помогают выявить потенциально модифицируемые симптомы для лечения. Хотя более ранние теории фокусировались на индивидуальных психологических факторах, они не объясняли, почему большинство людей, у которых есть мысли о самоубийстве, не пытаются совершить самоубийство. Ввиду важности возможности делать прогнозы о переходах к суицидальному поведению от суицидальной мысли до покушения или смерти мы фокусируемся на двух теориях, которые делают это. Действительно, понимание этого различия имеет решающее значение. Во-первых, межличностная теория суицида Т. Столяра утверждает, что сосуществование высокого уровня ощущения обязательств перед другими и низкого уровня принадлежности (т. е. ощущения отчужденности или принадлежности), а также безнадежности в том, что эти состояния не изменятся, приводят к развитию суицидального желания (т. е. суицидальной идеации) [9]. Суицидальное желание – это необходимая, хотя и не достаточная причина для попытки самоубийства. Однако если человек с высоким суицидальным желанием приобретает способность совершить попытку самоубийства, то риск серьезной попытки самоубийства возрастает. Приобретенная способность включает в себя снижение страха смерти и повышение толерантности к физической боли [18]. Согласно этой теории, воздействие и столкновение с предыдущими болезненными переживаниями повышают толерантность индивида к физическим болевым аспектам самоповреждения через процессы привыкания. Основные компоненты этой теории привлекли значительное внимание исследователей. Во-вторых, интегрированная мотивационно-волевая модель суицидального поведения концептуализирует суицид как поведение (а не побочный продукт психических расстройств), развивающееся через мотивационную и волевую фазы. Мотивационная фаза описывает факторы, которые управляют развитием суицидальных идей и намерений, тогда как волевая фаза описывает факторы, которые определяют, предпринимает ли индивид попытку самоубийства. Эта модель объединяет ключевые факторы из более ранних теорий в детальную карту суицидального процесса от мыслей до актов самоубийства. В то время как принадлежность и обремененность имеют первостепенное значение в конечном общем пути к самоубийству в межличностной теории, чувства поражения (т. е. чувство поражения после иницирующих обстоятельств) и ловушки (т. е. неспособность убежать от стрессовых, унижительных или поражающих обстоятельств) считаются наиболее важными в рамках интегрированной мотивационно-волевой модели. Когда индивид чувствует себя одновременно побежденным и пойманным в ловушку, вероятность появления суицидальных идей возрастает, когда присутствуют мотивационные модераторы (например, низкий уровень социальной поддержки). Интегрированная мотивационно-волевая модель опирается на новаторские исследования, проведенные М. Уильямсом и другими учеными в области теории социального ранжирования, гипотезы крика боли и задержанного полета, гипотезы дифференцированной активации и теории планируемого поведения [93]. В то время как межличностная теория суицида утверждает, что приобретенная способность устанавливает поведенческую активность (т. е. попытки самоубийства), она является лишь одним из нескольких факторов (волевая фаза) в рамках интегрированной мотивационно-волевой модели, направленной на повышение вероятности попытки самоубийства. К таким факторам относятся подверженность суицидальному поведению других людей, импульсивность и наличие доступа к средствам самоубийства. Хотя интегрированная мотивационно-волевая модель является новой, эмпирические данные

подтверждают ее полезность.

Факторы, связанные с риском суицида, можно классифицировать на четыре группы: личностные и индивидуальные различия, когнитивные факторы, социальные факторы и негативные жизненные события [4].

Каждый из этих факторов может способствовать возникновению суицидального риска независимо или вместе с другими факторами. Некоторые из этих факторов связаны с возникновением суицидальных мыслей, в то время как другие увеличивают вероятность того, что суицидальные мысли будут действовать. Личностные и индивидуальные различия факторы, связанные с личностными и индивидуальными различиями, представляют интерес, поскольку они достаточно устойчивы во взрослом возрасте, часто имеют известные биологические основания, подвержены влиянию окружающей среды, а также аффективному восприятию и эмоциям. Хотя безнадежность обычно операционализируется как фактор состояния (т. е. фактор, изменяющийся во времени), мы включаем его в этот раздел, чтобы подчеркнуть, что он также имеет компоненты признака (т. е., компоненты, которые относительно стабильны во времени), и будущие исследования должны исследовать относительную прогностическую полезность состояния в сравнении с безнадежностью признака. Безнадежность, определяемая как пессимизм в отношении будущего, является сильным предиктором всех показателей суицидального мышления и поведения [27-31], в классическом исследовании Бек и его коллеги смогли предсказать 91% всех суицидов по результатам 10-летнего проспективного исследования пациентов, поступивших в больницу с суицидальными мыслями. Однако результаты 12-летнего проспективного финского исследования [33] показали, что при сравнении суицидального намерения с безнадежностью (в выборке из 224 случаев попыток самоубийства) безнадежность не является значимым предиктором суицида. Совсем недавно в небольшом исследовании 34 человек, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, безнадежность не позволяла достоверно предсказать будущие попытки самоубийства в течение 4-летнего периода наблюдения, когда в анализ были включены история прошлых попыток самоубийства и ловушка. Эти более поздние смешанные результаты свидетельствуют о том, что, хотя безнадежность играет важную роль в развитии суицидальных идей (в соответствии с теоретическими моделями), другие факторы могут быть более полезными для прогнозирования реальных попыток самоубийства или смерти. Хотя импульсивность изучалась десятилетиями, ее связь с риском самоубийства не столь последовательна и прямолинейна, как считалось изначально, и ее воздействие может быть менее прямым [28,35] результаты многих исследований [3, 36, 37] показали, что самоотчетная импульсивность связана с суицидальными мыслями, попытками самоубийства, и смертей от самоубийств. Смысл импульсивности запутан и нуждается в разрешении, причем некоторые исследования операционализируют его как поведение, стремящееся к новизне или имеющее короткий промежуток внимания, тогда как другие исследователи определяют его как непланирующую или когнитивную импульсивность. Другие исследования подчеркивают важность различия между импульсивностью как чертой характера и государственной конструкцией [38] данные также неоднозначны относительно того, связана ли импульсивность с медицинской серьезностью данного эпизода [39,40] тем не менее при оценке риска самоубийства или самоповреждения следует все же учитывать импульсивность. Это может быть не так важно во всех случаях суицидального риска, но более вероятно, что он будет очевиден у молодых людей, чем у пожилых людей. Импульсивность может быть полезна для прогнозирования повторных попыток самоубийства у лиц с расстройством личности. 43 импульсивная агрессия связана с попытками самоубийства [12,28] негативная срочность, определяемая как степень, в которой человек действует опрометчиво, когда он находится в бедственном положении, также нуждается в дальнейшем исследовании. 44 перфекционизм растущее число свидетельств говорит о том что перфекционизм связан с суицидальными идеями и попытками самоубийства, хотя проспективных клинических исследований было проведено немного [45,46] перфекционизм может быть определен по-разному, и не все типы одинаково связаны с риском самоубийства. Один тип-социально предписанный перфекционизм, определяемый как убеждение в том, что другие люди (например, члены семьи) возлагают на вас нереально высокие ожидания) - наиболее последовательно ассоциируется с суицидальными мыслями и попытками, особенно когда эти социально обусловленные убеждения интернализируются как самокритика. Недавние исследования показывают, что социальные аспекты перфекционизма повышают риск самоубийства, способствуя развитию чувства социальной разобщенности, [46] что согласуется с интегрированной мотивационно-волевой моделью и межличностной теорией самоубийства. В частности, перфекционистские убеждения могут также взаимодействовать с другими факторами (например, негативными жизненными событиями, невзгодами и когнитивными установками), препятствуя выздоровлению после суицидального эпизода или повышая риск суицидальных мыслей и дальнейшего

самоповреждения [27,45,48] большие пять личностных измерений: нейротизм, экстраверсия, приятность, открытость опыту и сознательность в общих чертах, высокий уровень нейротизма и низкий уровень экстраверсии связаны с суицидальными идеями, попытками и завершениями. 49-52 однако существуют исключения; в 18-летнем наблюдении за пациентами с депрессией невротизм не предсказывал будущего риска самоубийства. Комбинированные эффекты высокого нейротизма и низкой экстраверсии могут быть более сильными предикторами суицида, чем сам по себе нейротизм [54] предложенное взаимодействие согласуется с преобладающими теориями, предполагающими, что люди, более чувствительные к дистрессу (т. е. высокий нейротизм) и социально несвязанные подвергаются повышенному риску самоубийства. Выводы, касающиеся открытости опыту, добросовестности и приятности, менее последовательны, и эти конструкции изучались реже.

Удивительно, что было предпринято очень мало попыток исследовать прямую или косвенную связь между оптимизмом по чертам характера и суицидальными идеями или попытками, и почти не было опубликовано никаких лонгитюдных исследований. Однако некоторые данные, полученные студентами колледжей, свидетельствуют о том, что люди с высоким оптимизмом имеют меньший риск суицидальных мыслей или попыток при столкновении с тяжелыми или умеренно негативными жизненными событиями по сравнению с людьми с низким оптимизмом [57] низкий уровень оптимизма связан с самоповреждением у девочек-подростков было также показано, что оптимизм усиливает связь между безнадежностью и суицидальными идеями. 58 защитный эффект оптимизма был также продемонстрирован в выборке пациентов, набранных в клинику первичной медико-санитарной помощи хотя эти результаты являются многообещающими, защитный эффект с течением времени в значительной степени неизвестен и нуждается в дальнейшем изучении. Несмотря на исследовательский интерес к устойчивости (определяемой как "качества, которые позволяют человеку преуспевать перед лицом неблагоприятных обстоятельств", существует мало доказательств ее защитного эффекта в контексте риска самоубийства [57]. Некоторые данные свидетельствуют о защитном эффекте устойчивости к суицидальным идеям у военнослужащих, злоупотребляющих алкоголем и запрещенными наркотиками и заключенных, но его эффект на попытки самоубийства или смерть от самоубийства в значительной степени неизвестен. Валидация инвентаризации устойчивости к самоубийствам может стимулировать дальнейшие исследования в этой области в связи с недостаточностью исследований защитных факторов были предприняты усилия по выявлению факторов, придающих устойчивость к суицидальному риску в условиях неблагоприятных обстоятельств таких исследования были посвящены оценке стрессовых ситуаций и самооценке, и их выводы говорят о том, что положительные оценки могут препятствовать развитию суицидальных идей когнитивные факторы в попытке понять, как и почему мыслительные процессы некоторых людей приводят их к решению покончить с собой, исследователи исследовали различные когнитивные процессы, которые могут быть неполноценными или дисфункциональными у суицидальных людей [61]. Такие исследования выявили несколько когнитивных факторов, которые, по-видимому, повышают риск суицидального поведения. Когнитивная ригидность на протяжении десятилетий клинические и теоретические исследования описывали суицидальных людей как когнитивно ригидных или негибких, что привело к выводу, что самоубийство является единственным вариантом. Результаты исследований, в которых поведенческие тесты когнитивной ригидности назначаются лицам, пытающимся покончить с собой, и клинический контроль подтверждают эту идею. Эта ригидность впервые была отмечена в раннем исследовании Neuringer, и с тех пор неоднократно демонстрировалась с использованием ряда нейропсихологических показателей когнитивной ригидности или гибкости ФЛ, таких как тесты сдвига установок (т. е. способности изменять мышление и поведение в ответ на изменение окружающей среды) результаты недавних исследований показали, что этот эффект не был обусловлен наличием депрессии и что когнитивная ригидность проспективно предсказывала суицидальное мышление, нарушение процесса принятия решений также проявляется в попытках самоубийства. Проведенный анализ связи между руминацией и суицидальным поведением показал, что результаты 10 из 11 исследований, исследующих эту связь, подтверждают наличие такой связи [103]. Было отмечено различие между задумчивым размышлением, в котором человек сосредоточивается на своих симптомах, и рефлексивным размышлением, в котором человек размышляет о причинах своих симптомов и потенциальных решениях, причем задумчивое размышление более тесно связано с суицидальными мыслями и попытками. Размышления также были связаны с усилением симптомов депрессии, безнадежности и неспособности решать проблемы; важной целью будущих исследований является выяснение того, как эти факторы могут работать вместе для повышения риска суицидального поведения.

1.2. Суицид в психоаналитической теории

1.2.1. Классическая теория З. Фрейда и К. Абрахама

Нынешнее возрождение интереса к психодинамике суицида отчасти связано с растущим осознанием того, что назначение клиенту диагноза самоубийства с высоким риском само по себе не является объяснением самоубийства. Специалисты допускают, что самоубийство может быть связано с депрессивным состоянием, и они также рассматривают нарциссические аспекты этого акта. Люди ищут смерти прежде всего для того, чтобы избежать невыносимой эмоциональной боли [45]. Многие признают

Литература

1. Агафонов С. К. Клинико-катамнестические исследования эффективности профилактики суицидальных действий больных с непсихотическими расстройствами. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1985.
2. Агибалова О. В. и др. Клинико-психологическое изучение суицидентов с пограничными психическими расстройствами. Современная психиатрия: теория и практика. — СПб., 2002. — С. 227-230.
3. Акопов Г. В. и др. (ред.) Методы профилактики суицидального поведения. — Самара-Ульяновск, 1998.
4. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Медицина, 1976.
5. Амбрумова А. Г. Роль личности в проблеме суицида. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. — С. 35-48.
6. Амбрумова А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1983. — С. 40-51.
7. Амбрумова А. Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1986. — С. 7-25.
8. Амбрумова А. Г., Бородин С. В. Суицидологические исследования в СССР: состояние и проблемы. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. — С. 6-25.
9. Войцех В. Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения. Клинические павловские чтения: Сб. раб. — Вып. V «Кризисные состояния. Суицидальное поведение». — СПб., 2002. — С. 13-18.
10. Голант М., Голант С. Если тот, кого вы любите, в депрессии. Помогите себе — помогите другому. — М.: Институт психотерапии, 2001. — С. 158-166.
11. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М.: Ко-гито-Центр, 2001. — С. 270-352.
12. Девиантность и социальный контроль в России (XIX-XX вв.): тенденции и социологическое осмысление. — СПб.: Алетейя, 2000. — С. 289-317.
13. Дежарле Р., Айзенберг Л. и др. Охрана психического здоровья в мире. Проблемы и приоритеты в развивающихся странах. — Киев: Сфера, 2001.
14. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — Женева, 2002.
15. Дубровская О. В. и др. Особенности мышления молодых людей с суицидальными мыслями. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб., 2001. — С. 157.
16. Дюркгейм Э. Самоубийство. — СПб.: Изд-во Н. П. Карбасникова, 2012.
17. Ефремов В. С. Об этиопатогенетических механизмах индуцированных бредовых расстройств и их диагностике в МКБ-10. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб., 2000 — С. 46-47.
18. Ефремов В. С. Об оценке психического состояния суицидента во время попытки самоубийства. Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии. — СПб., 2001. — С. 100-104.
19. Ефремов В. С., Тогилов В. А. Депрессия и суицид. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб.: Военно-Медицинская академия, 2000. — С. 158-162.
20. Ефремов В. С. Об этиопатогенетических механизмах индуцированных бредовых расстройств и их диагностике в МКБ-10. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб., 2000 — С. 46-47.
21. Ефремов В. С. Об оценке психического состояния суицидента во время попытки самоубийства. Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии. — СПб., 2001. — С. 100-104.
22. Жариков Н. М., Иванова А. Е. и др. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема// Журн. неврол. и психиатр. — 1997. — Т. 97. — № 6. — С. 9-15.
23. Зигмунд Фрейд: Хроника-хрестоматия (сост. Вал. А. Луков и Вл. А. Луков). — М.: Флинта, 1999.
24. Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и патологии психики. — СПб.- М.: Прайм-Еврознак-Нева-ОЛМА-Пресс, 2002. — С. 228-255.

25. Конангук Н. В. Первый психотерапевтический контакт после суицида. Психогигиена и психопрофилактика. — Л., 1983. — С. 92-95.
26. Конангук Н. В. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями. Методические рекомендации. — Л., 1983.
27. Конангук Н. В. Индивидуальная психотерапия длительно дезадаптированных суицидентов с аффективными расстройствами. Аффективные расстройства (диагностика, лечение, реабилитация). — Л., 1988. — С. 129-132.
28. Конангук Н. В. О психологическом смысле суицидов// Психологический журнал. — 1989. — Т. 10. — № 5. — С. 95-102.
29. Коробейникова О. Р., Лазебник А. И. Этно-культуральные особенности отношения к суициду населения Удмурдской республики. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. — СПб., 2001. — С. 166.
30. Красненкова И. П. Философский анализ суицида. Идея смерти в российском менталитете. — СПб.: Русский Христианский гуманитарный институт, 1999. — С. 151-174.
31. Краснов В. Я. Особенности суицидальных проявлений при циркулярных депрессиях. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1989. — С. 35-37.
32. Леенарс А. А. и др. Анализ предсмертных записок из России и Соединенных штатов// Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — № 3. — С. 22-28.
33. Литвак М. Е., Мировиг М. О. Как преодолеть острое горе. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.
34. Литвинцев С. В. К проблеме агрессивных и аутоагрессивных действий военнослужащих: Сб. «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». — СПб., 2000. — С.167-168.
35. Литвинцев С. В. Суицидальные попытки и состояние самосознания у лиц с патохарактерологическими реакциями: Сб. «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». — СПб., 2000. — С. 168-169.
36. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. — М.: Смысл, 2000.
37. Махлейдт В. Суицидальность. Кискер К. П., Фрайбергер Г. и др. (ред.) Психиатрия, психосоматика, психотерапия. — М.: Алетейя, 1999. — С. 226-233.
38. Незнанов Н. Г. Состояние коморбидности депрессии и тревоги. Депрессия в практике психиатра: эпидемиология, клиника, терапия. — СПб., 2002.
39. Полетаева О. О. Проблема суицидов в контексте психического здоровья: Сб. «Психическое здоровье». — СПб., 2000. — С. 167-169.
40. Полетаева О. О., Курпатов А. В. Проблемы оказания помощи пациентам с суицидальным поведением: Сб. «Современная психиатрия: теория и практика». — СПб., 2002. — С. 233-236.
41. Попик И. Г. Угроза самоубийства и отношение оставшихся в живых самоубийц к предпринятой ими попытке покончить с собой. Сб.: «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». — СПб., 2000. — С. 171-172.
42. Постовалова Л. И. Социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидентов. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. — С. 103-123.
43. Постовалова Л. И. Социологические аспекты суицидального поведения. Тр. Моск. НИИ психиатрии. — М., 1983. — С. 33-39.
44. Рыбников В. Ю., Рыбникова И. Л. Эпидемиологический анализ и особенности самоубийств населения Санкт-Петербурга. V Клинические павловские чтения. «Кризисные состояния. Суицидальное поведение». — СПб., 2002. — Вып. 5. — С. 18-22.
45. Рутц В. Профилактика суицида и депрессии (Готландская учебная программа — история, результаты и неудачи)// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1995. — № 2. — С. 130-138.
46. Телле Р. Психиатрия. — Минск: Вышейшая школа, 1999. — С. 160-165.
47. Тихоненко В. А. Классификация суицидальных проявлений. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1978. — С. 59-73.
48. Фастовцев Г. А. Суицидальное поведение, возникающее в условиях дезадаптации: Сб. «Актуальные проблемы клинической и экстремальной психиатрии». — СПб., 2001. — С. 123-125.
49. Шнайдер К. Клиническая психопатология. — Киев: Сфера, 1999.
50. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. — М.: Смысл, 2001.
51. Ясперс К. Неусловленные действия, ведущие за пределы наличного бытия. Суицидология: прошлое и

настоящее. — М.: Когито-Центр, 2001. — С. 72-88.

Периодические издания

Зарубежная литература:

52. Adam, K., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 264-272.
53. Alvarez, A. (1990). *The savage god: A study of suicide*. New York: Norton.
- Améry, J. (1999). On Suicide, pp. 106-107. Trans. Barlow, J.D. Bloomington IN: Indiana University Press.
54. Améry, J. (1984). *At the mind's limits: Contemplations of a survivor of Auschwitz and its realities*. Trans. Rosenfeld, S. & Rosenfeld, S.P. Bloomington IN: Indiana University Press.
55. Akst, J. (Nov. 16, 2011). Suicide gene identified, *The Scientist*.
- Arango, V., Huang, Y., Underwood, M. & Mann, J. (2003). Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 375-386.
56. Artaud, A. (1965). On Suicide. Artaud anthology, pp. 56-58. San Francisco: City Lights Books.
57. Artaud, A. (1976). *The Umbilicus of Limbo*. Antonin Artaud: Selected Writings, pp. 56-57. New York: Farrar Straus & Giroux.
58. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, vol. 1. New York: Basic Books.
59. Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behavioral therapy: A retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy*, 44, 765-784.
60. Buckner, R.L. & Carroll, D.C. (2006). Self projection and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 49-57.
61. Burrows, G. M. (2012). Suicide. In P. Seaver. (Ed.), *The History of Suicide in England: 1650-1850*, vol. 7, pp. 413-465. London: Pickering & Chatto.
62. Calkins, S. & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation: Biological and environmental transactions in early development. In Gross, J., (Ed.) *Handbook of emotion regulation*, pp. 229-246. New York: The Guilford Press.
63. Carruthers, P. (1989). "Brute Experience." *Journal of Philosophy*, 86, 258-269.
64. Colt, G.H. (1991). *November of the Soul: The Enigma of Suicide*. New York: Scribner.
65. Damasio, A. (2012). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York: Pantheon.
66. Ekman, P. (1999) Basic emotions. In Dagleich, T. & Power, T. (Eds.) *The Handbook of Cognition and Emotion*, pp. 45-60. Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
67. Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99, 550-553.
68. Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Oxford University Press.
69. Gallagher, S. & Zahavi, D. (2008). *The Phenomenological Mind: an introduction to the philosophy of mind and cognitive science*. London: Routledge.
70. Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593-609.
71. Grashoff, U. (Ed.) (2006). *Let Me Finish*, London: Headline.
72. Hawton, K., Fagg J., & Marsack P. (1980). Association between epilepsy and attempted suicide. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 43, 168-170.
73. Hosey, G.R. & Skyner, L.J. (2012). Self injurious behavior in zoo primates. *International Journal of Primatology*, 28, 1431-1437.
74. Hustvedt, S. (2011). Three emotional stories: reflections on memory, the imagination, narrative and the self. *Neuropsychoanalysis* 13, 187-204.
75. James, W. (2007). *The Principles of Psychology*, pp. 291-401. New York: Cosimo Classics.
76. Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
77. Kane, S. (2001). *Complete Plays*. London: Methuan Contemporary Dramatists.
78. Kaptchuk, T.K., Friedlander, E., Kelley, J.M., Sanchez, M.N., Kokkotou, E., Singer, J.P., Kowalczykowski, M., Miller, F.G., Kirsch, I. & Lembo, A.J. (2010). Placebos without deception: a randomized controlled trial in irritable bowel syndrome. *Plos One* 5(12): e15591.doi.10.1371 /journal.pone.001591.
79. Kihlstrom, J.F. (1987). The Cognitive Unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.
80. Kierkegaard, S. (1980). *The Sickness Unto Death*. Trans. Hong, H.V. & Hong, E. Princeton, NJ: Princeton University Press.
81. Kierkegaard, S. (1987). *Either/Or*, Part 2. Trans. Hong, H.V. & Hong, E. Princeton, NJ: Princeton University Press.
82. Kuhn, T.S. (1996). *The structure of scientific revolutions*, 3rd ed. Chicago: University of Chicago Press.

83. Labonté, B., & Turecki, G. (2011). The Epigenetics of Depression and Suicide. In: Petronis, A., & Mill, J. (Eds.) *Brain, Behavior and Epigenetics*, pp. 49-70. Heidelberg: Springer.
84. Lajolo, D. (1983). *An absurd vice: A biography of Cesare Pavese*. New York: New Directions.
85. LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
86. Lewis, M. (2007). Self Conscious Emotional Development. In L.J. Tracy, R.W. Robins, & J.P. Tangney, (Eds.) *The Self-Conscious Emotions*, pp. 134-152. New York: The Guilford Press.
87. Li, J., Wang, L., & Fischer K. W. (2004). The organization of Chinese shame concepts. *Cognition and Emotion*, 18, 767-797.
88. Mann J., Malone, K.M., Sweeney, J.A., Brown, R.P., Linnoila, M., Stanley, B., & Stanley, M. (1996). Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed in-patients. *Neuropsychopharmacology*, 15, 576-586.
89. Mann, J. (1999). The role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*, 21, 99-105.
90. Mann, J. (2003). Neurobiology of Suicide Behavior. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.
91. Manturana, H.R., & Varela, F. J. (1972). *Autopoiesis and cognition: The realization of living*. Dordrecht, Holland: D. Reidel.
92. McGowan, P.O., Suderman, M., Sasaki, A., Huang, T.C., Hallett, M., Meaney, M.J., & Szyf, M. (2011). Broad epigenetic signature of maternal care in the brain of adult rats. *PlosOne* 6: e14739.doi.1371/journal.pone.0014739.
93. Gowan, P., Sasaki, A., D'Alessio C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., Turecki, G., & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12, 342-348.
94. Meany, M.J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-92.
95. Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. Trans. Colin Smith. London: Routledge & Kegan Paul.
96. Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: Guilford Press.
97. Montaigne, M. (1991). *The Complete Essays*. M.A. Screech (Trans. & Ed.) Harmondsworth: Penguin.
98. Novak, M.A. (2003). Self injurious behavior in rhesus monkeys: new insights into its etiology, physiology and treatment. *American Journal of Primatology*, 59, 3-19.
99. Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press.
100. Plath, S. (1999). *Ariel*. New York: Harper Perennials.
101. Prinz, J. (2012). *Beyond human nature: How culture and experience shape the human mind*. New York: Norton.
102. Ringel, E. (1979). The pre-suicidal syndrome and its relation to dynamic psychiatry. *Dynamische Psychiatrie*, 12, 1-14.
103. Rose, P. (1986). *A woman of letters: A life of Virginia Woolf*. London: Routledge.
104. Rosenthal P.A., Rosenthal S.R., Doherty M.B., & Santora, D. (1986). Suicidal thoughts and behaviors in depressed hospitalized preschoolers. *American Journal of Psychotherapy*, 40, 201-212.
105. Ryn, Z. (1986). Suicides in the Nazi concentration camps. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 419-433.
106. Sample, I. (Nov. 14, 2011). Gene that Raises Suicide Risk Identified. *The Guardian*.
107. Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
108. Shneidman, E. (1973). Suicide. *Encyclopedia Britannica*, vol. 21, Chicago: William Benton, 383-385.
109. Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
110. Stanley, M. & Mann J. (1983). Increased serotonin-2 binding sites in frontal cortex of suicide victims. *The Lancet*, 321, 214-216.
111. Stepp, S., Morse, J.Q., & Pilkonis, P.A. (2008). The roles of attachment styles and interpersonal problems in suicide related behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 592, 592-611.
112. Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive, aggressive behaviors. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30, 398-408.
113. Van Orden, K.A., Witte, T. K., Cukrowicz K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A. & Joiner, T.E. (2010). *Psychological Review*, 117, 575-600.
114. Varela, F.J., Thompson, E., & Rosch, E. (1993). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: MIT Press.

115. Verrotti, A., Ciconetti, A. & Ferro, F.M. (2008). Epilepsy and suicide: pathogenesis, risk factors and prevention. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 4, 365-370.
116. Watkins, J. (2012). Enquiry into the causes of suicide, particularly among the English and remedies of the evil suggested in *The Peeper: A collection of essays*. In: *The history of suicide in England 1650-1850*. P. Seaver. (Ed.) Vol. 5. London: Pickering & Chatto.
117. Winnicott, D.W. (1984). Mirror role of mother and family in child development. *Playing and Reality*, pp. 111-118. London: Routledge.
118. Woolf, V. (1975-1980). *The letters of Virginia Woolf*. Eds. Nicolson, N. & Trautman, J., vol. 3. London: Hogarth Press.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/87893>