

CLINICAL ASPECTS OF AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR

Nazim Agazade

Nazim Agazade

Psychiatrist, Psychotherapist, and Stress Counselor at Private Practice (Baku, Azerbaijan).

E-mail: nazimagazade@yahoo.com

Abstract

The article outlines the association between suicidal and non-suicidal forms of auto-aggressive behavior. It is indicated that auto-aggressive symptoms, including suicidal signs, can manifest at ideational, emotional, and behavioral levels. It is stressed that non-suicidal auto-aggressive signs usually precede suicidal tendencies and behavior.

In addition to structural aspects, dynamical characteristics (such as the advancement, course, and type of development) are indicated as crucial for preventive measures. The implementation type (direct, indirect, expanded, and trans-aggressive), as well as coping strategies, are also elaborated.

It is recommended that mental health professionals conduct the risk assessment with consideration not only of suicidal and other auto-aggressive signs, but also anti-vital, pro-vital, and anti-suicidal tendencies.

Key words: Suicidal Tendencies; Self-Destructive Signs; Coping Strategies; Prevention of Suicides.

For citation

Agazade N. Clinical Aspects of Auto-Aggressive Behavior. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 1, p. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2020-1-5

Received: October 10, 2019

Accepted: January 19, 2020

Publisher: February 14, 2020

As per World Health Organization (2018), "Every year close to 800 000 people take their own life and there are many more people who attempt suicide. Every suicide is a tragedy that affects families, communities and entire countries and has long-lasting effects on the people left behind. Suicide occurs throughout the lifespan and was the second leading cause of death among 15–29-year-olds globally in 2015.

Suicide does not just occur in high-income countries, but is a global phenomenon in all regions of the world. In fact, over 78% of global suicides occurred in low- and middle-income countries in 2015.

Suicide is a serious public health problem; however, suicides are preventable with timely, evidence-based and often low-cost interventions. For national responses to be effective, a comprehensive multisectoral suicide prevention strategy is needed."

Suicidal tendencies (e.g., ideas, desires, plans, etc.) and behaviors are damaging and dangerous for the suffering individuals and their family members, as well as for peers and friends. In the majority of countries, suicidal behavior is considered a psychiatric emergency. Such persons should receive immediate assistance from a mental health professional.

Association between suicidal behavior and self-destructive tendencies is well determined [13; 15; 22; 28]. Suicidal tendencies and behavior by and large should be considered a form of self-destructive phenomena. As per clinical observations, individuals who demonstrate suicidal tendencies or behavior also have various non-suicidal types of auto-aggressive drives or behavior.

The principal feature of auto-aggressiveness, including self-destructive tendencies and behavior, is rooted in the person's motivational area. Any mental function or behavior of an individual may be viewed as an auto-aggressive act if it is motivated primarily by a desire or readiness to inflict harm to self, namely to various areas of the person's functioning. Thus, self-destructiveness may manifest in the following main areas:

- Physical, for example, inflicting physical wounds to oneself;
- Mental, such as offending oneself, criticizing oneself for no reason, or self-hatred;
- Social, for instance, depriving oneself of social opportunities, causing problems to self in social functioning;
- Spiritual, e.g., dismissing or sacrificing one's cultural and spiritual values and aspirations that were appreciated before.

Auto-aggressive (also noted as self-aggressive, self-harm, self-destructive) tendencies include numerous signs at various levels, such as ideational, emotional, and behavioral. The following list of **structural aspects** of non-suicidal tendencies and behavior is illustrational rather than complete:

- The **ideational** signs include unfounded self-reproach, self-rebuke, general self-criticism, self-blame, self-condemnation, and self-offense;
- The **emotional** signs are expressed usually through unfounded discontent with oneself, irritation towards oneself, the complex of inferiority, self-contempt, feeling disgusted by oneself, and self-hatred;
- The **behavioral signs** involve self-deprivation, self-humiliation, self-injury (inflicting wounds to self), self-torture, exposing oneself to aggression of other people, risk-taking or harmful behavior (unjustified risk-taking, overconsumption of alcohol or tobacco, risky activities or exercises), passive behavior in unfavorable or hostile situations, passive behavior in bullying or threatening situations, ungrounded self-accusation, self-slander, and self-incrimination.

Similarly, **suicidal** signs and symptoms can be divided into several groups. Again, the list is illustrative rather than exhaustive:

- **Suicidal ideation** includes suicidal ideas, passive or active, fantasies, intentions, deciding to commit suicide, and planning to commit suicide;
- **Suicidal emotions** or **feeling suicidal** include desire to be dead, desire to commit suicide, romanticizing suicide, and becoming interested in the subject of suicide.
- **Suicidal behavior** includes pre-suicidal warning signs, preparing to commit suicide, active demonstration of preparations to commit suicide, suicidal malinger, suicide attempts (demonstrative or actual), and post-suicidal behavioral signs.

Below is the list of auto-aggressive and suicidal signs at different levels.

Auto-Aggressive and Suicidal Signs and Symptoms

Levels	Auto-Aggressive Signs and Symptoms, Non-Suicidal	Suicidal Signs and Symptoms
Ideational	<ul style="list-style-type: none"> • unfounded self-reproach • self-rebuke • general self-criticism • self-blame • self-condemnation • self-offence 	<ul style="list-style-type: none"> • suicidal ideas, passive or active • suicidal fantasies • suicidal intentions • deciding to commit suicide • planning to commit suicide

Emotional	<ul style="list-style-type: none"> • unfounded discontent with oneself • irritation towards oneself • complex of inferiority, • self-contempt • feeling disgusted by oneself • self-hatred 	<ul style="list-style-type: none"> • desire to be dead • desire to commit suicide • romanticizing suicide • becoming interested in the subject of suicides
Behavioral	<ul style="list-style-type: none"> • self-deprivation • self-humiliation • self-injury • self-torture • exposing oneself to aggression of other people • risk-taking or harmful behavior (unjustified risk-taking, overconsumption of alcohol or tobacco, risky activities or exercises) • passive behavior in unfavorable or hostile situations • passive behavior in bullying or threatening situations • ungrounded self-accusation • self-slander • self-incrimination 	<ul style="list-style-type: none"> • pre-suicidal warning signs • preparing to commit suicide • active demonstration of preparations to commit suicide • suicidal malingering • suicide attempts (demonstrative or actual) • post-suicidal behavioral signs

In addition to the structural aspect, **dynamical** characteristics should also be mentioned. The following features are particularly for predicting the behavior and prevention of suicides:

- The **advancement** of self-destructive or suicidal signs can be acute (up to several hours), sub-acute (1–30 days), and chronic (more than 30 days);
- The **course** of the symptoms or signs can be transient, recurring, and continuing;
- The **development** of tendencies and behavior is most critical indicator, and it includes:
 - ✓ Unvarying (the same signs continuing),
 - ✓ Escalating (symptoms are getting more severe and worse),
 - ✓ Decreasing (usually in the post-attempt period, with a favorable therapeutic outcome),
 - ✓ Alternating type.

For preventive and therapeutic purposes, the management of escalating and alternating development is the most challenging. Progression of suicidal ideation to suicidal behavior has been indicated [25].

The **implementation** type usually includes:

- Direct (targeting oneself directly),
- Indirect (targeting oneself through other means),
- Expanded (targeting oneself and others around), and
- Trans-Aggressive (a combination of aggressive and self-aggressive behavior).

Suicidal and self-destructive behavior may be **active** or **passive** by nature. In the overwhelming majority of cases, they are usually active. However, in some cases, the affected person's behavior can be passive, characterized by the lack of escaping reaction in a dangerous or harmful situation. For example, a thirteen-year-old boy was bullied by a group

of aggressive teenagers on the way from the school practically every day. However, he took no actions to avoid them. He could have asked his older and much stronger brother to protect him, or at least change the route. In another case, one of the teachers continued to stay in the school premises, despite the fire alarm and repeatedly announced evacuation. Nevertheless, she stated several times that there was no imminent danger. She was practically forced out of school by one of her colleagues.

A more detailed description of self-harm and suicidal signs is presented in the checklist below.

Risk Factors for Suicide

WHO (2018) emphasizes several factors for risk of suicides, *"While the link between suicide and mental disorders (in particular, depression and alcohol use disorders) is well established in high-income countries, many suicides happen impulsively in moments of crisis with a breakdown in the ability to deal with life stresses, such as financial problems, relationship break-up or chronic pain and illness.*

In addition, experiencing conflict, disaster, violence, abuse, or loss and a sense of isolation are strongly associated with suicidal behavior. Suicide rates are also high amongst vulnerable groups who experience discrimination, such as refugees and migrants; indigenous peoples; lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex (LGBTI) persons; and prisoners. By far the strongest risk factor for suicide is a previous suicide attempt."

The following factors have been found to increase the risk of suicide:

- Mental health problems, especially depression, anxiety, substance abuse, etc.
- Suicides among family members
- Single elderly or middle-aged persons
- Easy access to means of suicides, such as firearms, toxic substances
- A serious or incurable medical disease or disability
- A history of trauma, harassment, physical and psychological maltreatment
- Cumulative stress
- Isolation
- Age factors: people aged 15–24 or above age 65 are at a higher risk for suicide
- A recent personal tragedy or loss
- Agitation and sleep disorders

Danger Signs of Suicide

A person with suicidal ideation or intentions should not be left alone at any time. Danger signs of suicide may vary from person to person. If any of the following signs are observed or suspected, that must be referred person to a mental health facility immediately:

Verbal Signs

- Apparent expressions of haplessness
- Statements about hopelessness
- Talking about one's helplessness
- Statements about worthlessness
- Speculating about loss of meaning of life
- Speaking about life and the future in a negative way
- Talking about suicide or a desire to die
- Threats or comments about killing themselves
- Preoccupation with death — talking, writing or thinking about death.

Any person exhibiting these behaviors should get care immediately:

Nonverbal Signs

- Abrupt changes in personality
- The affected person becomes suddenly happier, calmer before the intention to die
- Loss of interest in things they cared about
- Unusual sadness, discouragement, dramatic mood swings
- Social withdrawal from friends, family, and the community, prone to loneliness
- Disruption in preferential activities
- Unexpectedly visited or called people they cared about Putting their affairs in order
- Giving away possessions
- Saying goodbye to friends and family, or "Goodbye" parties
- Increased alcohol and drug use
- Aggressive behavior
- Impulsive or reckless behavior
- Indicators of planning a suicide — trying to buy, steal or borrow the tools they need to commit suicide (e.g., a prescription medication or sharp knife).

Estimating the Risk of Suicide

The risk of suicides depends on the following four groups of factors; Suicidal tendencies, anti-vital signs, anti-suicidal drives, and pro-vital trends.

Anti-vital tendencies usually include death-related signs, such as:

- Lack of feeling of life
- Lack of desire to live
- Various continuous thoughts about death and dying
- Romanticizing death or dying
- Fantasies about one's death, such as imagining one's funeral
- Desire to be dead, but without committing suicide
- Unwillingness to care for and protect oneself.

Even though these signs are not suicidal per se, nevertheless, they may seriously exacerbate the course of suicidal and self-destructive behavior.

The risk of suicide depends not only on the structure and course of suicidal and anti-vital signs but also on the influence of anti-suicidal and pro-vital tendencies on the individual's behavior. **Anti-suicidal tendencies and actions**, which may also be viewed as specific **coping strategies**, include the following (illustrative):

- Ideas about the sinfulness of suicides, especially by religious people
- Thinking about family members' potential response ("My parents and siblings will suffer if I commit suicide")
- Ideas and feelings about potential damage following a failed suicide attempt ("It would be a shame to appear among people again", "What if I do not die but rather become handicapped or crippled")
- Associated stigma ("People will think about me that I'm crazy", "What will the others think about our family, are we all crazy?")
- Thoughts about anti-esthetic nature of suicide ("How awful some people look after suicides, especially after jumping from a high floor")

- Avoidance of places and items associated with potential risk of suicides, such as knives, balconies, other related phobias
- Trying to avoid loneliness by socializing with friends and family members
- In some cases, substance abuse or self-medication with the purpose to become dumb and thus avoiding any suicidal activity.

Similarly, **pro-vital tendencies** may influence the behavior of the affected person and reduce the risk of suicide (illustrative):

- Positive thoughts about life ("Life is worth living!")
- Strengthening a sense of purpose and meaning in life by discussing the issue constructively with friends or family members or reading about it in the relevant literature
- Feeling hopeful and optimistic about life by reflecting upon satisfying and gratifying events and happenings
- Thinking about positive developments in the family, like "Mother got a good job recently", "My sister will get married soon", etc.
- Developing a positive self-concept by focusing on one's success or on winning aspects ("I managed to pass the difficult examination!", "I am such an attractive girl!")
- Encouraging positive interpersonal relationships, especially with peers
- Distancing oneself from negative psychological experiences and traumas (e.g., ideas like "That was in the past", or "Turn over a new leaf")
- Developing a "positive" social support system
- There may also be some negative aspects of pro-vital tendencies. For example, a person may pay too much attention to his or her health and look for unnecessary medical interventions. This may be caused by a sense of self-preservation through hypochondria
- Similarly, experiencing unjustified fears related to self-preservation (such as a fear of the dark, or of being alone, apprehension of imminent danger, fear of sudden death, etc.) through secondary obsessive signs is another negative aspect of pro-vital tendencies.

Comprehensive analysis of the aspects mentioned above, namely suicidal, anti-vital, anti-suicidal, and pro-vital tendencies, may provide ground for a more accurate prediction of the affected person's behavior in the nearest future. They should also be taken into account while preparing strategies for counseling and therapeutic interventions.

Clinical Assessment and Screening

A clinical assessment is normally made on the basis of an analysis of various interventions, such as interviews, collecting anamnesis, clinical examination, the initial response to treatment or counseling, psychosocial assessment, etc. While analyzing suicidal behavior and trying to estimate the risk of suicide, attention should be paid not only to the structure (e.g., content) of the client's experiences, but also to various aspects of the aforementioned dynamics (course, advancement, development), as well as the type of implementation (direct, indirect, etc.). It is also important to take note of the coping strategies, both adaptive and maladaptive.

One of the common interventions is the use of clinical checklists as a supplementary facilitating tool. The checklist below may be used by a mental health professional as a prompting tool in determining the characteristics of self-destructive and suicidal tendencies and signs.

Checklist of Self-Destructive and Suicidal Signs

Client's Name _____ Date of Birth _____ Clinical Diagnosis _____

Date _____ Location: _____ Checked by: _____

No	Self-Harm Signs, Non-Suicidal	Never - 0	Seldom - 1	Sometimes - 2	Often - 3	Very Often - 4	Comments
Cognitive							
1	Unfounded self-reproach						
2	Unfounded self-rebuke						
3	Unfounded general self-criticism						
4	Unfounded self-blame						
5	Unfounded self-condemnation						
6	Unfounded self-offence						
Emotional							
7	Unfounded discontentment with oneself						
8	Unfounded irritation towards oneself						
9	Unfounded complex of inferiority						
10	Self-contempt						
11	Feeling disgusted by oneself						
12	Self-hatred						
Behavioral							
13	Self-deprivation						
14	Self-humiliation						
15	Self-injuries						
16	Self-torture						
17	Exposing oneself to aggression of other people						
18	Risk-taking behavior (unjustified risk-taking, overconsumption of alcohol or tobacco risky activities or exercise)						
19	Passive behavior in unfavorable or hostile situations						
20	Passive behavior in bullying or threatening situations						
21	Self-accusation						
22	Self-slander						
23	Self-incrimination						

No	Suicidal Signs	Never - 0	Seldom - 1	Sometimes - 2	Often - 3	Very Often - 4	Comments
Suicidal Ideation							
24	Suicidal ideas, passive						
25	Suicidal ideas, active						
26	Suicidal fantasies						
27	Suicidal intentions						
28	Deciding to commit suicide						
29	Planning to commit suicide						
Feeling suicidal							
30	Becoming interested in the subject of suicide						
31	Romanticizing suicide						
32	Desire to commit suicide						
Suicidal Behavior							
33	Pre-suicidal, warning signs						
34	Preparing to commit suicide						
35	Suicidal malingering						
36	Suicide attempt, demonstrative (single occasion)						
37	Suicide attempts, demonstrative (repeated)						
38	Suicide attempt, actual (single occasion)						
39	Suicide attempts, actual (repeated)						
40	Post-suicidal signs of behavior						

Dynamics

Type	Yes/No	Comments
Advancement:		
Acute		
Sub-Acute		
Chronic		
Not Identified		
Course:		
Transient		
Recurring		
Continuing		
Not Identified		
Development:		
Unvarying		

Escalating		
Decreasing		
Alternating		
Not Identified		
Implementation:		
Direct		
Indirect		
Expanded		
Trans-aggressive		
Not Identified		
Passive		
Active		
Other		

Coping Strategies	Comments
Adaptive	
Maladaptive	

Scales for Suicidal Ideation, Attitudes, and Behaviors

Identification of suicidal and auto-aggressive signs is considered an essential approach in the suicide screening process and prevention [14]. Numerous tools targeting signs at ideation, attitudes, and behavior are used in various countries. Here is an overview of just a few of them.

Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) is one of the most commonly used tools to measure primarily **suicidal ideation** [3; 4]. It contains 19 items that help identify suicide ideation and its severity rated on a scale from 0 to 2, and the total scores vary from 0 to 38. The items may be divided into the following three groups: "Passive Suicidal Desire, Preparation, and Active Suicidal Desire".

Miller et al. [19] developed the **Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI)** that comprises 13 items from the BSSI and five new items. The scale ranges from 0 to 3, with a total score from 0 to 54.

The **Suicide Intent Scale (SIS)** was developed with the purpose to identify the severity of suicide attempts. The scale is comprised of 15 questions rated from 0 to 2, with consideration of the logistics and the intent of the suicide attempt. Individuals with multiple attempts had higher scale scores than those who attempted suicide once [5].

Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) was developed to measure **attitudes towards suicide** [10; 11], especially among young people. The questionnaire contains 100 items that ask respondents attitude in eight domains:

- Mental illness (suicide reflects mental illness);
- Cry for help (suicide threats are not real, they represent a cry for help);
- Right to die (people have the right to take their own lives);
- Religion (lack of religion has a role in suicide);
- Impulsivity (deliberate self-harm and suicide are impulsive acts);

- Normality (everyone is potentially capable of suicide);
- Aggression (suicide is an aggressive act), and Moral evil (suicide is a morally bad action).

The Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST) is comprised of 30-items for self-reporting. The MAST is created to evaluate attitudes related to life and death. Various domains of attitudes include attraction to life, repulsion by life, attraction to death, and repulsion by death [12; 20]. The **MAST-II** is a revised 24-item tool for self-reporting. The tool is designed to assess not only risk aspects but also protective factors [7].

The **Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R)** is a self-report questionnaire designed to identify risk factors for suicide in children and adolescents aged 13–18 [8; 21; 23; 24]. The four-question test is filled out by the adolescent. The tool is oriented not only toward suicidal signs in the past and present, but also toward future anticipation of suicidal thoughts and behaviors, plans to commit suicide, and actual attempts.

The **Suicide Probability Scale (SPS)** was developed to measure the **risk of suicidal behavior** [2; 9]. The scale consists of 36 items for self-reporting to measure primarily attitudes and behaviors related to suicide. The tool may be used for the general population and persons with mental health disorders. It is recommended that answers be provided under the supervision of a professional. The tool offers a 4-point scale on how often each statement in the items applies to the respondent. Four sub-scales also include information on the respondents' hopelessness, hostility, negative self-evaluation, and suicide ideation.

Projective Tests and Identification of Suicidal Ideations

A particular interest in identifying self-destructive and suicidal tendencies is paid to projective tests. The most frequently referred to is the Rorschach test, Thematic Apperception Test, Bender Gestalt, Hand Test, Human Figure Drawings, Incomplete Sentences, etc. [6; 16; 18; 26]. One of the specific instruments is the assessment of auto-aggressiveness with the use of incomplete situations [27].

However, it is necessary to remember that any auxiliary techniques, whether screening tools, assessment checklists, or projective tests, prior to their implementation with the targeted groups, should be pretested and adapted to the particular cultural context.

The following case study demonstrates a close link between suicidal behavior and non-suicidal forms of auto-aggressiveness, as well interface of suicidal, anti-vital, anti-suicidal, and pro-vital tendencies.

Case Study:

Disclaimer: In order to maintain client confidentiality, all of the names, characters, companies, places, and some insignificant details of the presented case study have been modified to preserve the integrity of the professional relationship that was established. No similarities to a person, living or dead, should be implied, as none is intended, and any resemblance to any real names, characters, companies, and places is purely coincidental.

Irada, 25, was brought up in a city in South Russia. Her family had strong ethnic and cultural traditions, including spiritual customs, respect to the older people, and reverential attitude to parents. Like other teenagers in the community, she had repeatedly demonstrated high compliance with her parents.

After successfully finishing high school with honors, Irada passed her entrance examinations to the local university and became a freshman at the school of medicine, hoping to become a surgeon.

Despite her academic success, she soon became indifferent to her future profession. Irada told her parents that she would never work as a doctor. Every time they tried to encourage her, she would become angry and interrupt the discussion rather brusquely. What

is more, she frequently reprimanded her parents for not providing the right guidance in choosing her profession. It was not correct because Irada had never asked for her parents' advice on this matter and was rather self-determining in her decisions. Her parents also noted that she was prone to brief episodes of low mood and withdrawal from others, or happy mood with hyperactivity.

When she became a second-year student, Irada started to attend the university gym. However, as observed by her university mates, she performed exhausting physical exercises. She admitted to a friend that she didn't mind the bodily pain during and after the workout.

Irada's parents also noted that she began to fast, even though she was rather thin. She did not follow any particular diet and sometimes would have episodes of binge eating.

After completing the university, Irada took a residency in family medicine. She then moved to a rented apartment with much worse conditions, since she had to share a bathroom with several other persons. Although her initial salary was quite low, she rejected her parents' offer of financial support. Furthermore, she avoided her parents entirely and did not even call them on their birthdays.

Irada started to date a fellow student from the university. None of her friends liked him, because he was rather rude to her, especially in the presence of other people. What was worse, he would even beat her for no reason. In discussion with a friend of hers, Irada admitted that she did not love him or care for him. Nevertheless, she continued to date this boyfriend. It was all the more surprising because Irada was a beautiful girl and rejected courting by other young men.

She continued sporadic fasting, even though she had lost a lot of weight. Her episodes of low mood continued to relapse. One week, she felt she was unable to go to work. She went to see her doctor, who immediately referred her to a psychiatrist. She complained of unwillingness to care for herself, a lack of desire to live, thinking about death, and fantasies about her funeral.

She was admitted to a psychiatric hospital with the diagnosis of a bipolar affective disorder. Despite her low mood, she adapted to the hospital conditions quite quickly and maintained good relationships with the hospital personnel and patients. Two weeks after the commencement of the treatment, she was discharged from the hospital, even though she wanted to stay longer and repeatedly requested her doctor to keep her in the clinic.

Irada returned to work without delay. She continued to fast periodically, and again without any system. She broke off with her boyfriend and started to date another young man who was rather kind and gentle to her. However, she admitted to a friend of hers that she did not like him either, and, in fact, she felt sick after having sex with him. Frequently, she felt disgusted by herself.

One day, Irada came to work with her head, totally shaved. She justified it with a desire to look fashionable. However, she mentioned in a casual discussion that she wanted to punish herself for some improper actions in the past.

A year later, Irada had a relapse of the low mood and anxiety. She visited the psychiatrist in the hospital. Irada complained that she kept accusing herself of some negative actions in the past, such as being rude with her parents and colleagues. However, in the majority of cases, she blamed herself for no reason. She was also insulting herself with indecent words, again without any basis. The psychiatrist also discovered that the patient had suicidal ideas and intentions to kill herself. She admitted experiencing suicidal tendencies in the last few days. These included periodic thinking about suicides, suicidal phantasies, and desire to commit suicide. She was seriously planning to kill herself through taking the medication in huge quantities.

She also mentioned that she visited the doctor primarily to prevent suicide. She added that she had tried to comfort herself with positive thinking, such as recalling achievements in her profession, good relationships with some of the friends, and attractive looks. She added

that even though she was not a very religious person, nevertheless, she viewed suicide as a sinful act.

Irada was hospitalized and received a complex treatment with antidepressants and a cognitive-behavioral intervention. Psychotherapy continued after her discharge from the hospital during regular visits to the psychiatrist in the outpatient facility. Irada informed the doctor that she had broken up with her boyfriend, restored healthy relationships with her parents, and returned to regular eating habits.

In this particular case study, the person with a bipolar affective disorder demonstrated numerous auto-aggressive signs that appeared before the development of suicidal tendencies. The following **auto-aggressiveness signs** were observed:

- Excessive physical exercise that caused pain in the body (this should be considered a physical auto-aggressiveness)
- Harmful fasting (physical auto-aggressiveness)
- Rejection of the parents' offer for support, including financial support for no reason (social auto-aggressiveness)
- Disrespectful and dismissing attitude to the parents that had been a meaningful value to her before (spiritual auto-aggressiveness)
- Developing intimate relationships with young men, whom she did not love or even like; in fact, she felt sick with one of them (psychological and social auto-aggressiveness)
- Self-accusation and self-insults (psychological auto-aggressiveness)
- Feeling disgusted by herself (psychological auto-aggressiveness)
- Self-punishment, such as shaving her head as a punishment act (physical and social auto-aggressiveness).

The client's **anti-vital** symptoms included:

- Unwillingness to care for herself
- Lack of desire to live
- Thinking about death, and
- Fantasies about her funeral.

As mentioned, **suicidal** signs and symptoms appeared after the development of auto-aggressive signs and included:

- Thoughts about suicides,
- Suicidal phantasies, and
- Desire to commit suicide
- Initial planning to commit suicide.

The **types of dynamics** can be assessed as follows:

- The **advancement** — chronic with a tendency to become sub-acute and acute prior to the second inpatient treatment.
- The **course** of the tendencies was recurring, and after the second hospital treatment may be classified as transient.
- The **development** as the most crucial dynamic feature may be recognized as escalating with a tendency to decrease after receiving psychotherapy.
- The **implementation** could be defined as direct, with passive and active forms of application.

The client's **coping** strategies were efficient in preventing suicide attempts. They included anti-suicidal and pro-vital tendencies.

The **anti-suicidal** tendencies included:

- Considering suicides as sinful acts
- Looking for professional help
- Willingly staying in a psychiatric hospital and viewing it as a shelter from suicidal behavior).

Pro-vital tendencies were as follows:

- Thinking about her professional achievements
- Remembering good relationships with friends
- Considering herself as an attractive person.

Thus, the presented case study demonstrates a close interface between auto-aggressive and suicidal signs at various levels. It also determines the importance of analyzing suicidal, anti-vital, anti-suicidal, and pro-vital tendencies in the same person.

Summary

There is an apparent association between suicidal and non-suicidal forms of auto-aggressive tendencies and behavior. Both auto-aggressive and suicidal signs can manifest at ideational, emotional, and behavioral levels. In many cases, auto-aggressive signs precede suicidal tendencies.

In addition to structural aspects, dynamical characteristics (such as the advancement, course, and type of development) are most important for preventive measures. Furthermore, the implementation type (direct, indirect, expanded, and trans-aggressive), as well as coping strategies, should also be taken into consideration.

Estimation of the suicidal risk should take into account not only suicidal and auto-aggressive signs, but also anti-vital, pro-vital, and anti-suicidal tendencies.

Clinical assessment with checklists, rating scales, and projective tests can be useful for the identification of suicidal signs and predicting behaviors. The tools must be pretested and adapted to the cultural context and specific environment of the targeted groups.

References

1. Agazade N., Martynova I. *All Faces of Harassment: A Practical Guide to Resolving Workplace Crisis*. New York: Paper Press, 2010. 260 p.
2. Bagge C., Osman A. The suicide probability scale: norms and factor structure. *Psychological Reports*, 1998, vol. 83, no. 2, p. 637–638.
3. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale of suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, vol. 47, no. 2, p. 343–352.
4. Beck A.T., Steer R.A., Rantieri W.F. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 1988, vol. 44, no. 4, p. 499–505.
5. Beck R.W., Morris J.B., Beck A.T. Cross-validation of the suicidal intent scale. *Psychological Reports*, 1974, vol. 34, no. 2, p. 445–446.
6. Bishop J., Martin A., Costanza S., Lane R.C. Suicide Signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2000, vol. 30, no. 3, p. 289–305.
7. Cashin M.A. *Analyses of the structure and preliminary psychometric properties of the Multi-Attitude Suicide Tendency Scale-II*. Master Thesis. The University of Texas at San Antonio, 2012.
8. Cotton C.R., Peters D.K., Range L.M. Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. *Death studies*, 1995, vol. 19, no. 4, p. 391–397.
9. Cull J., Gill W. *Suicide probability scale*. Los Angeles, CA: WPS, 1982.

10. Domino G. Attitudes toward suicide among Mexican American and Anglo youth. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 1981, vol. 3, no. 4, p. 385–395.
11. Domino G. Attitudes toward suicide among highly creative college students. *Creativity Research Journal*, 1988, vol. 1, no. 1, p. 91–105.
12. Domino G. Test-retest reliability of the Suicide Opinion Questionnaire. *Psychol Rep*, 1996, vol. 78, no. 3 (pt. 1), p. 1009–1010.
13. Ekramzadeh S., Javadpour A., Draper B., Mani A., Withall A., Sahraian A. Prevalence and correlates of suicidal thought and self-destructive behavior among an elderly hospital population in Iran. *Int Psychogeriatr*, 2012, vol. 24, no. 9, p. 1402–1408.
14. Ghasemi P., Shaghghi A., Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. *Health Promotion Perspectives*, 2015, vol. 5, no. 3, p. 156–168.
15. Hannila P., Purjo T. Self-Destructive Behavior and Suicide Prevention in Adolescence: An Existential and Meaning-Centered Perspective. *19th World Congress on Viktor Frankl's Logotherapy*. June 19–23, 2013. Dallas, Texas, USA.
16. Holdwick D.J. Jr., Brzuskiwicz L. Projective Assessment of Suicidal Ideation. *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*, 2004, no. 2, p. 512–525.
17. Khan Y., Taghdisi M.H., Nourijelyani K. Psychological Well-Being (PWB) of School Adolescents Aged 12–18 yr, its Correlation with General Levels of Physical Activity (PA) and Socio-Demographic Factors in Gilgit, Pakistan. *Iran J Public Health*, 2015, Jun; vol. 44, no. 6, p. 804–813.
18. Mento C., Settineri S. Projective identification and suicidal risk behavior assessing a Rorschach protocol: a clinical case report. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 2016, no. 2, p. 1–10.
19. Miller I.W., Norman W.H., Bishop S.B., Dow M.G. The modified scale for suicidal ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, vol. 54, no. 5, p. 724–725.
20. Orbach I., Milstein I., Har-Even D., Apter A., Tiano S., Elizur A. A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, no. 3, p. 398–404.
21. Osman A., Bagge C.L., Gutierrez P.M., Konick L.C., Kopper B.A., Barrios F.X. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 2001, vol. 8, no. 4, p. 443–454.
22. Perry C.J., Fowler J.C., Bailey A., Clemence J., Plakun E.M., Zheutlin B., Speanburg S. Improvement and Recovery from Suicidal and Self-Destructive Phenomena in Treatment-Refractory Disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2009, no. 197, p. 28–34.
23. Range L.M., Antonelli K.B. A factor analysis of six commonly used instruments associated with suicide using college students. *Journal of Personality Assessment*, 1990, vol. 55, no. 3–4, p. 804–811.
24. Range L. Suicide Prevention: Guidelines for Schools. *Educational Psychology Review*, 1993, vol. 5, no. 2, p. 135–154.
25. Rodziński P., Rutkowski K., Ostachowska A. Progression of suicidal ideation to suicidal behavior from a perspective of selected suicidological models. *Psychiatr Pol*, 2017, vol. 51, no. 3, p. 515–530.
26. Schneidman E.S., Farberow N.L. TAT heroes of suicidal and non-suicidal subjects. *Journal of Projective Techniques*, 1958, vol. 22, no. 2, p. 211–228.
27. Agazade N.V. Primenenie metodiki opredeleniya urovnya autoagressivnosti dlya aktivnogo vyyavleniya suitsidal'nykh tendentsii [The Methodology of Determining the Level of Auto-Aggressiveness for Active Detection of Suicidal Tendencies]. *Azmedzhurnal*, 1986, no. 2, p. 51–54.
28. Agazade N.V. Tipologiya autoagressivnykh yavlenii pri psikhicheskoi patologii i mery ikh profilaktiki: metodicheskie rekomendatsii [Typology of Auto-Aggressiveness in Mental Disorders and Prevention Measures: Methodical recommendations]. Baku, 1989.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Агазаде Назим

Агазаде Назим

психиатр, психотерапевт, консультант по стрессу в частной практике (Баку, Азербайджан).

E-mail: nazimagazade@yahoo.com

Аннотация

В статье излагается связь между суицидальными и несуйцидальными формами аутоагрессивного поведения. Указано, что аутоагрессивные симптомы, включая суицидальные признаки, могут проявляться на идеаторном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Подчеркивается, что несуйцидальные аутоагрессивные признаки обычно предшествуют суицидальному поведению.

В дополнение к структурным аспектам, динамические характеристики (такие как прогрессирование, течение и тип развития) указаны как решающие для профилактических мер. Тип реализации (прямой, косвенный, расширенный и трансагрессивный), а также стратегии преодоления, также разработаны.

Специалистам по психическому здоровью рекомендуется проводить оценку риска с учетом не только суицидальных и других форм аутоагрессивных признаков, но также антивитаальных, провитаальных и антисуйцидальных тенденций.

Ключевые слова: суицидальные тенденции; саморазрушительные признаки; копинг-стратегии; профилактика самоубийств.

УДК 159.9:616.89

Библиографическая ссылка

Агазаде Н. Клинические аспекты аутоагрессивного поведения // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 1. – С. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2020-1-5

Поступила в редакцию: 10.10.2019 Прошла рецензирование: 19.01.2020 Опубликовано: 14.02.2020

По данным Всемирной организации здравоохранения (2018), «Каждый год почти 800 000 человек кончают жизнь самоубийством, и еще большее число людей совершает попытки самоубийства. Каждое самоубийство — это трагедия, которая затрагивает семьи, сообщества и целые страны и оказывает продолжительное воздействие на тех, кто продолжает жить. Самоубийства могут совершаться на любом этапе жизни. В 2015 г. они занимали второе место среди основных причин смертности людей в возрасте от 15 до 29 лет.

Самоубийства происходят не только в странах с высоким уровнем доходов. Это глобальный феномен, затрагивающий все регионы мира. Фактически в 2015 г. более 78% от общего числа самоубийств во всем мире произошло в странах с низким и средним уровнем доходов.

Самоубийства представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения. Однако самоубийства возможно предотвращать благодаря своевременным, основанным на доказательствах и зачастую низкокзатратным мероприятиям. Для обеспечения эффективности усилий на национальном уровне необходима комплексная многоотраслевая стратегия по профилактике самоубийств».

Суицидальные наклонности (например, идеи, желания, планы и т.д.) и модели поведения причиняют вред и представляют опасность для подверженных им людей, членов их семей, а также их сверстников и друзей. В большинстве стран суицидальное

поведение считается психиатрическим состоянием, требующим неотложной помощи. Такие люди должны получать немедленную помощь со стороны специалистов по психическому здоровью.

Связь между суицидальным поведением и склонностью к саморазрушению определена довольно точно [2; 17; 19; 23]. Суицидальные наклонности и суицидальное поведение, по большому счету, должны рассматриваться как форма саморазрушающих явлений. Согласно клиническим наблюдениям, люди, предпринимавшие попытки самоубийства, также обнаруживают несуйцидальные типы аутоагрессивных тенденций или поведения.

Основная черта аутоагрессивности, включая склонность к саморазрушающему поведению, кроется в мотивационной сфере личности. Любую психическую функцию или поведение человека можно рассматривать как аутоагрессивный акт, если первичным мотивом такого поведения является желание или готовность нанести вред самому себе, т.е. различным сферам функционирования человека. Так, саморазрушение может проявляться в следующих основных областях:

- физической — например, нанесение самому себе физических ран;
- психической — например, оскорбление самого себя, беспричинная самокритика или ненависть к себе;
- социальной — например, лишение себя социальных возможностей, создание себе проблем в области социального функционирования;
- духовной — например, отказ от собственных культурных и духовных ценностей и устремлений, которыми человек раньше дорожил, или жертвование такими ценностями или устремлениями.

Склонность к аутоагрессии (также именуемой самоагрессией, саморазрушением, причинением себе вреда) включает множество признаков, проявляющихся на разных уровнях — идеационном, эмоциональном и поведенческом. Приведенный далее перечень **структурных аспектов** несуйцидальных наклонностей и поведения представлен для наглядности и не является полным:

- **Идеаторные** признаки включают безосновательное самообвинение, самопорицание, самобичевание, самокритику в целом, самоосуждение и самооскорбление.
- **Эмоциональные** признаки обычно выражаются в виде беспочвенного недовольства собой, раздражения в отношении себя, комплекса неполноценности, самопрезрения, чувства брезгливости к себе, ненависти к себе.
- **Поведенческие** признаки включают самолишение, самоуничижение, членовредительство (нанесение себе увечий), самоистязание, подвергание себя агрессии со стороны других, рискованное или пагубное поведение (принятие на себя неоправданного риска, негедонистические формы чрезмерного употребления алкоголя или табака, изнурительные физические упражнения), пассивное поведение перед лицом неблагоприятных или враждебных ситуаций, пассивное поведение в ситуациях издевательства или запугивания, беспричинное самообвинение, самооговор и самоизобличение.

Аналогичным образом, **суицидальные** признаки и симптомы можно разделить на несколько групп. Опять же, этот перечень приведен для наглядности и не является исчерпывающим:

- **Суицидальные идеи** включают суицидальные идеи (активные и пассивные), фантазии, намерения, решения совершить самоубийство и планы совершения самоубийства.
- **Суицидальные эмоции** или суицидальное настроение включают желание умереть, желание совершить самоубийство и проявление интереса к теме самоубийств.

- **Суицидальное поведение** включает предсуицидальные настораживающие признаки, приготовления к совершению самоубийства, активную демонстрацию приготовлений к совершению самоубийства, попытки самоубийства (демонстративные или реальные) и постсуицидальные поведенческие признаки.

Аутоагрессивные и суицидальные признаки и симптомы

Уровни	Аутоагрессивные признаки и симптомы, не суицидальные	Суицидальные признаки и симптомы
Идеаторный	<p>Безосновательные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • самообвинение • самопорицание • самобичевание • самокритика • самоосуждение • самооскорбление 	<ul style="list-style-type: none"> • суицидальные идеи (активные и пассивные) • фантазии • намерения • решения совершить самоубийство • планы совершения самоубийства
Эмоциональный	<ul style="list-style-type: none"> • недовольство собой • раздражение по отношению к себе • комплекс неполноценности • самопрезрение • чувство брезгливости к себе • ненависть к себе 	<ul style="list-style-type: none"> • желание умереть • желание совершить самоубийство • проявление интереса к теме самоубийств
Поведенческий	<ul style="list-style-type: none"> • самолишение • самоуничижение • членовредительство (нанесение себе увечий) • самоистязание • подвергание себя агрессии со стороны других • рискованное или пагубное поведение (принятие на себя неоправданного риска, негедонистические формы чрезмерного употребления алкоголя или табака, изнурительные физические упражнения) • пассивное поведение перед лицом неблагоприятных или враждебных ситуаций • пассивное поведение в ситуациях издевательства или запугивания • беспричинное самообвинение • самооговор • самоизобличение 	<ul style="list-style-type: none"> • предсуицидальные настораживающие признаки • приготовления к совершению самоубийства • активную демонстрацию приготовлений к совершению самоубийства • попытки самоубийства (демонстративные или реальные) • постсуицидальные поведенческие признаки

В дополнение к структурному аспекту следует также упомянуть о **динамических** характеристиках. Перечисленные далее черты особенно важны для предсказания поведения и предотвращения самоубийств:

- **Прогрессирование** саморазрушающих и суицидальных признаков может быть острым (до нескольких часов), подострым (1—30 дней) и хроническим (более 30 дней).
- **Течение** симптомов или признаков может быть неустойчивым, периодическим и постоянным.
- Наиболее важным показателем, несомненно, является тип **развития** склонностей и поведения, например, неизменный (постоянство одних и тех же признаков), возрастающий (признаки становятся все более серьезными и опасными), снижающийся (обычно в постсуицидальный период, при благоприятном результате лечения) и переменный. Для целей профилактики и лечения наибольшие сложности представляет работа с возрастающим и переменным типом развития суицидального поведения. Механизм перехода от суицидальной идеации к суицидальному поведению показан в работе Родзинского с соавторами [26].

Типы **реализации** обычно включают:

- прямой (направленность непосредственно на себя);
- косвенный (направленность на себя опосредованными способами);
- расширенный (направленность на себя и окружающих);
- трансгрессивный (сочетание агрессивного и аутоагрессивного поведения).

Суицидальное и саморазрушающее поведение может быть по своему характеру **активным** и **пассивным**. В подавляющем большинстве случаев оно, как правило, активное. Однако в некоторых случаях поведение может быть пассивным — т.е. характеризоваться отсутствием действий, направленных на избегание опасной или вредоносной ситуации. Например, несмотря на то, что тринадцатилетний мальчик подвергался издевательствам со стороны группы агрессивных подростков по дороге из школы практически каждый день, он не предпринимал никаких действий, чтобы избежать этого. Он мог бы попросить своего старшего и гораздо более сильного брата защитить его или, по крайней мере, изменить свой маршрут. В другом случае учительница продолжала оставаться в здании школы, несмотря на сигнал пожарной тревоги и неоднократные оповещения об эвакуации. Тем не менее она несколько раз заявила, что никакой непосредственной опасности не было. Учительницу практически насильно вывели коллеги.

Более подробное описание признаков саморазрушающего и суицидального поведения представлено далее в контрольном перечне. Наряду с суицидальными признаками необходимо также обращать внимание на **антивитальные тенденции**. Они обычно включают признаки, связанные со смертью, например:

- отсутствие ощущения жизни;
- отсутствие желания жить;
- различные постоянные мысли о смерти и умирании;
- представление в романтическом виде смерти и умирания;
- фантазии о собственной смерти, например, представление собственных похорон;
- желание быть мертвым, но без совершения суицида;
- нежелание заботиться о себе и защищать себя.

Даже несмотря на то, что эти признаки сами по себе не являются суицидальными, тем не менее они могут серьезно усугубить течение суицидального и саморазрушающего поведения.

Факторы риска суицида

ВОЗ (2018) обращает особое внимание на несколько факторов риска суицида: *«Хотя связь между самоубийствами и психическими расстройствами (в особенности, депрессией и расстройствами, вызванными употреблением алкоголя) с уверенностью подтверждена в странах с высоким уровнем доходов, многие самоубийства совершаются импульсивно в моменты кризиса при сбое механизма преодоления жизненных стрессов, например финансовых проблем, разрыва отношений или хронической боли или болезни.*

Кроме того, переживание конфликта, бедствия, насилия, жестокого обращения или потери, а также чувство изолированности тесно связано с суицидальным поведением. Уровень самоубийств также высок среди уязвимых групп, которые являются объектом дискриминации, такие как беженцы и мигранты, коренные народы, лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, интерсекс люди (ЛГБТИ) и заключенные. Несомненно, наиболее сильным фактором риска суицида является наличие попытки суицида в прошлом».

Клинические наблюдения показывают, что около 90% лиц, погибающих в результате суицида, страдают психическими расстройствами. Установлено, что перечисленные далее факторы повышают риск суицида:

- Проблемы психического здоровья, особенно депрессия, тревожность, злоупотребление психоактивными веществами и т.д.
- Самоубийство члена семьи.
- Одинокий человек пожилого или среднего возраста.
- Легкая доступность средств совершения самоубийства, таких как огнестрельное оружие, токсические вещества.
- Серьезная или неизлечимая внутренняя болезнь или инвалидность.
- Факт травмы, домогательств, дурного физического и психологического обращения в прошлом.
- Накопленный стресс.
- Изоляция.
- Возрастные факторы: люди в возрасте 15—24 лет или старше 65 лет подвержены более высокому риску суицида.
- Недавняя личная трагедия или утрата.
- Тревожное возбуждение или расстройства сна.

Признаки, свидетельствующие об опасности суицида

Человека с суицидальной идеацией или намерениями никогда нельзя оставлять одного. Опасные признаки суицида у разных людей могут быть различными. Если вы наблюдаете любые из перечисленных далее признаков или заподозрили их наличие, такого человека следует незамедлительно направить в психиатрическое учреждение:

Вербальные признаки

- Явное выражение безысходности.
- Заявления о безысходности.
- Разговоры о собственной беспомощности.
- Заявления о бесполезности, никчемности.
- Рассуждения об утрате смысла в жизни.
- Разговоры о жизни и будущем в негативном ключе.

- Человек говорит о самоубийстве или о желании умереть.
- Угрозы или комментарии о собственном самоубийстве.
- Увлечение темой смерти — человек говорит, пишет или думает о смерти.

Невербальные признаки

- Резкие перемены личности индивида.
- Индивид вдруг становится более счастливым, спокойным перед намерением умереть.
- Потеря интереса к вещам, которые он раньше любил.
- Увеличение употребления наркотиков или алкоголя.
- Необычное уныние, упадок духа, резкие смены настроения.
- Социальная самоизоляция от друзей, членов семьи, сообщества; склонность к одиночеству.
- Прекращение занятий любимыми делами.
- Индивид вдруг приходит повидаться или звонит по телефону людям, которых любит.
- Приведение в порядок своих дел.
- Раздача своего имущества.
- Прощание с друзьями или семьей, прощальные вечеринки.
- Увеличение употребления алкоголя и наркотиков.
- Агрессивное поведение.
- Импульсивное или безрассудное поведение.
- Показатели планирования самоубийства — попытки купить, украсть или позаимствовать инструменты, необходимые для совершения самоубийства (например, рецептурный препарат или острый нож).

Любой человек, демонстрирующий такие формы поведения, должен получить незамедлительную помощь.

Риск суицида зависит не только от структуры и течения суицидальных и антивитаальных признаков, но также и от влияния антисуицидальных и провитаальных тенденций на поведение человека. **Антисуицидальные тенденции и поведение**, которые также могут считаться **специфичными стратегиями совладающего поведения**, могут включать следующее (наглядные примеры):

- Мысли о греховности самоубийства, особенно у религиозных людей.
- Размышления о возможной реакции членов семьи («Мои родители и братья и сестры будут страдать, если я совершу самоубийство»).
- Мысли и чувства о возможном ущербе в результате неудачной попытки самоубийства («Мне будет стыдно снова показываться людям на глаза», «Что если я не умру, а стану инвалидом или калекой»).
- Взаимосвязанная стигма («Люди будут думать, что я сошел с ума», «Что другие будут думать о нашей семье, что мы все сумасшедшие?»).
- Мысли о неэстетическом характере самоубийства («Как ужасно выглядят некоторые люди после самоубийства, особенно выпрыгнувшие из высокого здания»).
- Избегание мест и предметов, ассоциируемых с потенциальным риском самоубийства, таких как ножи, балконы, другие взаимосвязанные фобии.
- Попытки избежать одиночества путем общения с друзьями и членами семьи.
- В некоторых случаях злоупотребление психоактивными веществами и самостоятельный прием препаратов с целью ввести себя в состояние ступора и таким образом избежать любых суицидальных действий.

Аналогичным образом, **провитальные** тенденции могут повлиять на поведение суицидального подростка и снизить риск суицида (наглядные примеры):

- Позитивные мысли о жизни («Жизнь стоит того, чтобы жить!»).
- Укрепление ощущения цели и смысла жизни в результате конструктивного обсуждения этого вопроса с друзьями или членами семьи или изучения соответствующей литературы.
- Восприятие жизни с надеждой и оптимизмом после размышления о приятных и доставивших удовольствие событиях и происшествиях.
- Размышления о позитивных событиях в семье, например, «Мама недавно получила хорошую работу», «Моя сестра скоро выйдет замуж» и т.д.
- Формирование позитивного представления о собственной личности, сосредоточение на собственных успехах в школе, на работе или другой успешной деятельности («Мне удалось сдать трудный экзамен!», «Я такая привлекательная девушка!»).
- Стимулирование позитивных межличностных отношений, особенно со сверстниками и сотрудниками.
- Дистанцирование от негативного психологического опыта и травм (например, такие мысли, как «Что было, то прошло» или «Нужно начать все с чистого листа»).
- Формирование «позитивной» системы социальной поддержки.
- Уделять слишком много внимания своему здоровью и искать ненужные медицинские вмешательства.
- Испытывать необоснованные страхи, связанные с самосохранением, такие как страх тьмы или одиночества, ощущение непосредственной опасности, страх перед внезапной смертью и т.д.

Комплексный анализ перечисленных выше аспектов, а именно **суицидальных, антивитальных, антисуицидальных и провитальных тенденций**, может стать основой для более точного прогнозирования поведения подростка в ближайшем будущем. Их также следует учитывать при разработке стратегии консультирования и терапевтических вмешательств.

Клиническая оценка и скрининг

Клиническая оценка, как правило, проводится на основе анализа различных мероприятий, таких как опрос, сбор анамнеза, клинический осмотр, первичная реакция на лечение или консультирование, психосоциальная оценка и т.д. При анализе суицидального поведения и при попытке оценить риск суицида необходимо уделять внимание не только структуре (например, содержанию) опыта клиента, но также и различным аспектам указанных выше динамических характеристик (течение, прогрессирование, развитие) и типу реализации (прямой, косвенный и т.д.). Также важно обращать внимание как на адаптивные, так и на неадаптивные стратегии совладающего поведения.

Одной из распространенных мер является использование клинического контрольного списка в качестве дополнительного вспомогательного инструмента. Приведенный далее контрольный список может использоваться специалистом-психиатром в качестве подсказки при определении характеристик тенденций и признаков саморазрушающего или суицидального поведения.

Контрольный список признаков аутоагрессивного поведения

Имя клиента _____ Дата рождения _____ Клинический диагноз _____

Дата _____ Место: _____ Проверено: _____

№	Признаки аутоагрессивного поведения, несуицидальные	Никогда - 0	Редко - 1	Иногда - 2	Часто - 3	Очень часто - 4	Примечания
Когнитивные							
1	Безосновательное самообвинение						
2	Безосновательное самопорицание						
3	Безосновательная самокритика						
4	Безосновательное самобичевание						
5	Безосновательное самоосуждение						
6	Безосновательное самооскорбление						
Эмоциональные							
7	Безосновательное недовольство собой						
8	Безосновательное раздражение на самого себя						
9	Безосновательный комплекс неполноценности						
10	Самопрезрение						
11	Чувство брезгливости по отношению к себе						
12	Ненависть к себе						
Поведенческие							
13	Самолишение						
14	Самоуничижение						
15	Членовредительство						
16	Самоистязание						
17	Подвергание себя агрессии со стороны других						
18	Рискованное поведение (принятие на себя неоправданного риска, чрезмерное употребление алкоголя или табака, рискованные занятия или физические упражнения)						

19	Пассивное поведение перед лицом неблагоприятной или враждебной ситуации						
20	Пассивное поведение в ситуациях издевательства или запугивания						
21	Самообвинение						
22	Самооговор						
23	Самоизобличение						

Контрольный список признаков суицидального поведения

№	Суицидальные признаки	Никогда - 0	Редко - 1	Иногда - 2	Часто - 3	Очень часто - 4	Примечания
Суицидальная идеация							
24	Суицидальные идеи, пассивные						
25	Суицидальные идеи, активные						
26	Суицидальные фантазии						
27	Суицидальные намерения						
28	Решения совершить самоубийство						
29	Планирование самоубийства						
Суицидальные чувства							
30	Появление интереса к теме самоубийств						
31	Романтичное представление самоубийства						
32	Желание совершить самоубийство						
Суицидальное поведение							
33	Предсуицидальные тревожные признаки						
34	Подготовка к совершению самоубийства						
35	Симуляция самоубийства						
36	Попытки самоубийства, демонстративные, однократные						
37	Попытки самоубийства, демонстративные, многократные, «игра в самоубийство»						

38	Попытка самоубийства, реальная, однократная						
39	Попытки самоубийства, реальные, многократные						
40	Постсуицидальные признаки в поведении						

Динамика

Тип	Да/нет	Примечания
Прогрессирование:		
Острое		
Субострое		
Хроническое		
Не выявленное		
Течение:		
Неустойчивое		
Периодическое		
Постоянное		
Не выявленное		
Развитие:		
Неизменное		
Возрастающее		
Снижающееся		
Переменное		
Не выявленное		
Реализация:		
Прямая		
Косвенная		
Расширенная		
Трансагрессивная		
Не выявленная		
Пассивная или активная		
Другое		

Стратегии совладающего поведения	Примечания
Адаптивное	
Неадаптивное	

Шкалы суицидальной идеации, отношения и поведения

Выявление суицидальных и аутоагрессивных признаков считается важным подходом в процессе скрининга и профилактики самоубийств [16]. В разных странах

используется множество инструментов оценки признаков идеации, отношения и поведения. Далее приведен обзор некоторых из них.

Шкала суицидальной идеации Бека (BSSI) является одним из широко распространенных инструментов для измерения первичной **суицидальной идеации** [6; 7]. Она содержит 19 пунктов, которые помогают определить суицидальную идеацию и степень ее тяжести. Каждому пункту присваивается значение от 0 до 2, а общий балл может варьироваться от 0 до 38. Пункты можно разделить на следующие группы: «Пассивное желание суицида, подготовка и активное желание суицида». Миллер с соавт. [22] разработал **Модифицированную шкалу суицидальной идеации (MSSI)**, которая содержит 13 пунктов BSSI и пять новых пунктов. Каждому пункту присваивается значение от 0 до 3 и общий балл может варьироваться от 0 до 54.

Шкала суицидальных намерений (SIS) была разработана, чтобы определять серьезность попыток самоубийства. Шкала состоит из 15 вопросов, ответу на каждый из которых назначается от 0 до 2 баллов с учетом логистики и намерений, сопутствующих попытке самоубийства. Лицам, совершавшим попытки самоубийства неоднократно, присваиваются более высокие баллы, чем тем, кто пытался совершить суицид лишь однажды [7; 8].

Вопросник о взглядах на самоубийство (SOQ) был разработан для измерения **отношения к самоубийству** [13; 14], особенно среди молодежи. Вопросник содержит 100 пунктов, касающихся отношения респондентов к 8 областям:

- психическая болезнь (самоубийство является отражением психического заболевания);
- призыв о помощи (угрозы самоубийства не являются реальными — они представляют собой призыв о помощи);
- право умереть (люди имеют право совершать самоубийство);
- религия (отсутствие религиозности играет роль при самоубийствах);
- импульсивность (преднамеренное членовредительство и самоубийство являются импульсивными актами);
- нормальность (каждый потенциально способен совершить самоубийство);
- агрессия (самоубийство является актом агрессии) и моральное зло (самоубийство является морально плохим поступком).

Многосоставная шкала суицидальных тенденций (MAST) включает 30 пунктов для самозаполнения. Шкала MAST была создана для оценки отношения к жизни и смерти. Различные области такого отношения включают влечение к жизни, отвращение к жизни, влечение к смерти и отвращение к смерти [4; 15]. **MAST-II** является переработанным вариантом этой шкалы, состоящим из 24 пунктов для самозаполнения. Этот инструмент разработан для оценки не только аспектов риска, но также и защитных факторов [10].

Переработанный вопросник о суицидальном поведении (SBQ-R) — этот вопросник для самозаполнения разработан для выявления факторов риска суицида среди детей и подростков в возрасте 13—18 лет [11; 24; 25; 28]. Анкета из четырех вопросов заполняется подростком. Инструмент ориентирован не только на выявление суицидальных признаков в прошлом и настоящем, но также на прогнозирование суицидальных мыслей и поведения, планов совершить самоубийство и фактических попыток.

Шкала вероятности самоубийства (SPS) была разработана для измерения **риска суицидального поведения** [5; 12]. Шкала состоит из 36 пунктов для самозаполнения, предназначенных в первую очередь для измерения отношения и поведения, относящегося к самоубийству. Этот инструмент можно использовать как для населения в целом, так и для лиц с психическими расстройствами. Рекомендуется заполнять анкету под руководством профессионала. Инструмент предлагает 4-балльную

шкалу, измеряющую, насколько часто каждое утверждение, содержащееся в пунктах, применимо к респонденту. Четыре подшкалы также включают информацию о чувстве безнадежности, враждебности, негативной самооценки и суицидальной идеации у респондента.

Проективные тесты и выявление суицидальной идеации

Определенный интерес при определении саморазрушающих и суицидальных наклонностей представляют проективные тесты. Наиболее часто упоминается тест Роршаха, тематический апперцепционный тест, зрительно-моторный гештальт-тест Бендер, рисунки человеческих фигур, незаконченные предложения и т.д. [9; 18; 21; 27].

Одним из конкретных инструментов является оценка аутоагрессивности с использованием неполных ситуаций [1].

Необходимо помнить, однако, что любые вспомогательные приемы — будь то инструменты скрининга, оценочные контрольные списки или проективные тесты, перед реализацией в целевой группе подростков должны пройти предварительное тестирование и адаптацию к конкретной культурной ситуации.

Приведенное далее ситуационное исследование показывает тесную связь между суицидальным поведением и несуйцидальными формами аутоагрессии.

Клинический случай:

Оговорка: Чтобы сохранить конфиденциальность клиентов, все имена, отличительные признаки, названия компаний, мест и некоторые незначительные подробности представленного ситуационного исследования были изменены для поддержания добросовестности установленных профессиональных отношений. Никакое сходство с любым лицом, ныне живущим или умершим, не должно подразумеваться и не является преднамеренным и любые аналогии с реальными именами, отличительными признаками, названиями компаний и мест представляют собой чистое совпадение.

Ирада, 25 лет, воспитывалась в городе на юге России. В ее семье были сильные этнические и культурные традиции, включая духовные обычаи, уважение к пожилым людям и благоговейное отношение к родителям. Как и другие подростки в сообществе, она неоднократно демонстрировала высокое согласие со своими родителями.

После успешного окончания средней школы с отличием Ирада сдала вступительные экзамены в местный университет и стала первокурсником в медицинской школе, надеясь стать хирургом.

Несмотря на успехи в учебе, она вскоре стала безразлична к своей будущей профессии. Ирада сказала родителям, что никогда не будет работать врачом. Каждый раз, когда они пытались ободрить ее, она злилась и довольно резко прерывала дискуссию. Более того, она часто выговаривала своим родителям за то, что они не дали правильного руководства в выборе своей профессии. Это была неправда, потому что Ирада никогда не просила совета у родителей по этому вопросу и была довольно самоопределена в своих решениях. Ее родители также отметили, что она была склонна к кратким эпизодам плохого настроения и отгороженности от других или счастливого настроения с гиперактивностью.

Когда она стала студенткой второго курса, Ирада начала посещать университетский спортзал. Однако, как отмечают ее одноклассники, она выполняла изнурительные физические упражнения. Она призналась подруге, что не возражает против телесных болей во время и после тренировки.

Родители Ирады также отметили, что она начала голодать (поститься), хотя была довольно худой. Она не придерживалась какой-либо определенной диеты и иногда имела эпизоды переедания.

Окончив университет, Ирада стала резидентом семейной медицины. Затем она переехала в съемную квартиру с гораздо худшими условиями, поскольку ей пришлось делить ванную с несколькими другими людьми. Хотя ее начальная зарплата была довольно низкой, она отклонила предложение родителей о финансовой поддержке. Кроме того, она полностью избегала своих родителей и даже не звонила им в дни их рождения.

Ирада начала встречаться с однокурсником из университета. Никому из ее друзей он не нравился, потому что он был довольно груб с ней, особенно в присутствии других людей. Что еще хуже, он даже избивал ее без причины. В разговоре с подругой Ирада призналась, что не любит его и не заботится о нем. Тем не менее она продолжала встречаться с этим парнем. Это было тем более удивительно, потому что Ирада была красивой девушкой и отвергала ухаживания других молодых людей.

Она продолжала время от времени голодать, хотя и потеряла много веса. Ее эпизоды плохого настроения продолжали рецидивировать. Однажды она почувствовала, что не может идти на работу. Ирада пошла к своему врачу, который немедленно направил ее к психиатру. Она жаловалась на нежелание заботиться о себе, отсутствие желания жить, мысли о смерти и фантазии о ее похоронах.

Ирада была помещена в психиатрическую больницу с диагнозом биполярного аффективного расстройства. Несмотря на ее плохое настроение, она довольно быстро адаптировалась к условиям больницы и поддерживала хорошие отношения с персоналом больницы и пациентами. Через две недели после начала лечения ее выписали из больницы, хотя она хотела остаться подольше и неоднократно просила своего врача оставить ее в клинике.

Ирада вернулась на работу без промедления. Она продолжала поститься периодически и снова без какой-либо системы. Она порвала со своим парнем и начала встречаться с другим молодым человеком, который был довольно добр и нежен с ней. Однако она призналась своей подруге, что он ей тоже не понравился, и, на самом деле, ей было плохо после секса с ним. Часто она чувствовала отвращение к себе.

Однажды Ирада пришла на работу с полностью выбритой головой. Она оправдывала это желанием выглядеть модно. Однако в случайной дискуссии она упомянула, что хотела наказать себя за некоторые неподобающие действия в прошлом.

Год спустя у Ирады был рецидив плохого настроения и беспокойства. Она посетила психиатра в больнице. Ирада жаловалась, что обвиняла себя в каких-то негативных действиях в прошлом, таких как грубость со своими родителями и коллегами. Однако в большинстве случаев она обвиняла себя без причины. Она также оскорбляла себя непристойными словами, опять же безо всяких оснований. Психиатр также обнаружил, что у пациентки были суицидальные идеи и намерения покончить с собой. Она призналась, что переживала суицидальные тенденции в последние несколько дней. Они включали в себя периодические размышления о самоубийствах, фантазии о суициде и желание совершить самоубийство. Она серьезно планировала покончить с собой, приняв лекарства в огромных количествах.

Она также упомянула, что посетила доктора прежде всего, чтобы предотвратить самоубийство. Она добавила, что пыталась утешить себя позитивным мышлением, таким как воспоминания о достижениях в своей профессии, хороших отношениях с некоторыми друзьями и привлекательной внешности. Она добавила, что, хотя она не была очень религиозным человеком, тем не менее она рассматривала самоубийство как греховный акт.

Ирада была госпитализирована и получила комплексное лечение антидепрессантами и когнитивно-поведенческим вмешательством. Психотерапия продолжалась после ее выписки из больницы во время регулярных посещений психиатра в амбулаторном учреждении. Ирада сообщила доктору, что рассталась со своим парнем, восстановила здоровые отношения с родителями и вернулась к обычным привычкам питания.

В данном конкретном случае индивид с биполярным аффективным расстройством продемонстрировал многочисленные аутоагрессивные признаки, которые появились до развития суицидальных тенденций. Были отмечены следующие признаки аутоагрессивности:

- чрезмерные физические упражнения, которые вызывают боль в теле (это следует рассматривать как физическую аутоагрессивность);
- нездоровое голодание (физическая аутоагрессивность);
- отказ от предложения родителей о поддержке, включая финансовую поддержку без причины (социальная агрессивность);
- неуважительное и пренебрежительное отношение к родителям, которые раньше имели для нее большое значение (духовная аутоагрессивность);
- интимные отношения с молодыми мужчинами, которых она не любила; в действительности ей было даже плохо с одним из них (психологическая и социальная агрессивность);
- самообвинения и оскорбления (психологическая аутоагрессивность);
- чувство отвращения к себе (психологическая аутоагрессивность);
- самонаказание, например бритье головы как акт наказания (физическая и социальная аутоагрессия).

Антивитальные симптомы клиента включали:

- нежелание заботиться о себе;
- отсутствие желания жить;
- мысли о смерти;
- фантазии о ее похоронах.

Как уже упоминалось, **суицидальные** признаки и симптомы появились после развития аутоагрессивных признаков и включали:

- мысли о самоубийствах;
- суицидальные фантазии;
- желание совершить самоубийство;
- первоначальное планирование самоубийства.

Типы **динамики** можно оценить следующим образом:

- **Прогрессирование** — хроническое с тенденцией становиться подострым и острым до повторного стационарного лечения.
- **Течение** было повторяющимся, и после второго стационарного лечения его можно отнести к категории переходных.
- **Развитие** как наиболее важная динамическая особенность может быть признано возрастающим с тенденцией к снижению после приема психотерапии.
- **Реализация** может быть определена как прямая, с пассивными и активными формами применения.

Стратегии копинга клиента были эффективными в предотвращении попыток самоубийства. Они включали в себя антисуицидальные и провитальные тенденции.

Антисуицидальные тенденции включали в себя:

- считать самоубийства греховными поступками;
- поиск профессиональной помощи;
- охотное пребывание в психиатрической больнице и рассматривание ее как убежище от суицидального поведения.

Провитальные тенденции были следующими:

- мысли о своих профессиональных достижениях;
- помнить о хороших взаимоотношениях с друзьями;
- считать себя привлекательным человеком.

Таким образом, представленный тематический случай демонстрирует тесную взаимосвязь между аутоагрессивными и суицидальными признаками на разных уровнях. Это также определяет важность анализа суицидальных, антивитаальных, антисуицидальных и провитаальных тенденций у одного и того же человека.

Резюме

Существует очевидная связь между суицидальными и несуицидальными формами аутоагрессивных наклонностей и поведения. Как аутоагрессивные, так и суицидальные признаки могут проявляться на идеаторном, эмоциональном и поведенческом уровне.

В дополнение к структурным аспектам динамические характеристики, такие как прогрессирование, течение и тип развития, чрезвычайно важны для предотвращения суицидов. Более того, следует также учитывать тип реализации (прямой, косвенный, расширенный и трансгрессивный), а также стратегии совладающего поведения.

Оценка суицидального риска должна учитывать не только суицидальные и аутоагрессивные признаки, но также антивитаальные, провитаальные и антисуицидальные тенденции.

Клиническая оценка на основе контрольных списков, оценочных шкал и проективных тестов может быть полезной для выявления суицидальных признаков и предсказания поведения. Крайне важно, чтобы инструменты проходили предварительное тестирование и адаптировались к культурному контексту и конкретной среде целевой группы.

Литература

1. Агазаде Н.В. Применение методики определения уровня аутоагрессивности для активного выявления суицидальных тенденций // Азмеджурнал. – 1986. – № 2. – С. 51–54.
2. Агазаде Н.В. Типология аутоагрессивных явлений при психической патологии и меры их профилактики: методические рекомендации. – Баку, 1989.
3. Agazade N., Martynova I. All Faces of Harassment: A Practical Guide to Resolving Workplace Crisis. – New York: Paper Press, 2010. – 260 p.
4. A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents / I. Orbach, I. Milstein, D. Har-Even [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1991. – № 3. – P. 398–404.
5. Bagge C., Osman A. The suicide probability scale: norms and factor structure // Psychological Reports. – 1998. – Vol. 83, № 2. – P. 637–638.
6. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale of suicide ideation // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1979. – Vol. 47, № 2. – P. 343–352.
7. Beck A.T., Steer R.A., Rantieri W.F. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version // J Clin Psychol. – 1988. – Vol. 44, № 4. – P. 499–505.
8. Beck R.W., Morris J.B., Beck A.T. Cross-validation of the suicidal intent scale // Psychological Reports. – 1974. – Vol. 34, № 2. – P. 445–446.
9. Bishop J., Martin A., Costanza S., Lane R.C. Suicide Signs on the Rorschach // Journal of Contemporary Psychotherapy. – 2000. – Vol. 30, № 3. – P. 289–305.

10. Cashin M.A. Analyses of the structure and preliminary psychometric properties of the Multi-Attitude Suicide Tendency Scale-II: Master Thesis. – The University of Texas at San Antonio. – 2012.
11. Cotton C.R., Peters D.K., Range L.M. Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire // *Death studies*. – 1995. – Vol. 19, № 4. – P. 391–397.
12. Cull J., Gill W. Suicide probability scale. – Los Angeles, CA: WPS. – 1982.
13. Domino G. Attitudes toward suicide among Mexican American and Anglo youth // *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. – 1981. – Vol. 3, № 4. – P. 385–395.
14. Domino G. Attitudes toward suicide among highly creative college students // *Creativity Research Journal*. – 1988. – Vol. 1, № 1. – P. 91–105.
15. Domino G. Test-retest reliability of the Suicide Opinion Questionnaire // *Psychological Reports*. – 1996. – Vol. 78, № 3 (pt 1). – P. 1009–1010.
16. Ghasemi P., Shaghghi A., Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article // *Health Promotion Perspectives*. – 2015. – Vol. 5, № 3. – P. 156–168.
17. Hannila P., Purjo T. Self-Destructive Behavior and Suicide Prevention in Adolescence: An Existential and Meaning-Centered Perspective // 19th World Congress on Viktor Frankl's Logotherapy. – June 19–23, 2013. – Dallas, Texas, USA.
18. Holdwick D.J. Jr., Brzuskiwicz L. Projective Assessment of Suicidal Ideation // *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. – 2004. – № 2. – P. 512–525.
19. Improvement and Recovery from Suicidal and Self-Destructive Phenomena in Treatment-Refractory Disorders / C.J. Perry, J.C. Fowler, A. Bailey [et al.] // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2009. – № 197. – P. 28–34.
20. Khan Y., Taghdisi M.H., Nourijelyani K. Psychological Well-Being (PWB) of School Adolescents Aged 12–18 yr, its Correlation with General Levels of Physical Activity (PA) and Socio-Demographic Factors in Gilgit, Pakistan // *Iran J Public Health*. – 2015, Jun. – Vol. 44, № 6. – P. 804–813.
21. Mento C., Settineri S. Projective identification and suicidal risk behavior assessing a Rorschach protocol: a clinical case report // *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. – 2016. – № 2. – P. 1–10.
22. Miller I.W., Norman W.H., Bishop S.B. The modified scale for suicidal ideation: Reliability and validity // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1986. – Vol. 54, № 5. – P. 724–725.
23. Prevalence and correlates of suicidal thought and self-destructive behavior among an elderly hospital population in Iran / S. Ekramzadeh, A. Javadpour, B. Draper [et al.] // *Int Psychogeriatr*. – 2012. – Vol. 24, № 9. – P. 1402–1408.
24. Range L. Suicide Prevention: Guidelines for Schools // *Educational Psychology Review*. – 1993. – Vol. 5, № 2. – P. 135–154.
25. Range L.M., Antonelli K.B. A factor analysis of six commonly used instruments associated with suicide using college students // *Journal of Personality Assessment*. – 1990. – Vol. 55, № 3–4. – P. 804–11.
26. Rodziński P., Rutkowski K., Ostachowska A. Progression of suicidal ideation to suicidal behavior from a perspective of selected suicidological models // *Psychiatr Pol.* – 2017. – Vol. 51, № 3. – P. 515–530.
27. Schneidman E.S., Farberow N.L. TAT heroes of suicidal and non-suicidal subjects // *Journal of Projective Techniques*. – 1958. – Vol. 22, № 2. – P. 211–228.
28. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples / A. Osman, C.L. Bagge, P.M. Gutierrez [et al.] // *Assessment*. – 2001. – Vol. 8, № 4. – P. 443–454.