
УДК 616.89-008

doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-41-52](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-41-52)

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

А.Г. Бородина

ВГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия

Контактная информация:

Бородина Любовь Георгиевна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 1981-7196). Место работы и должность: доцент кафедры клинической и судебной психологии ВГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: Россия, г. Москва, ул. Сретенка, 29. Телефон: (495) 632-99-97, электронный адрес: bor111a@yandex.ru

Целью исследования было выявление и анализ суицидальности среди матерей детей с аутизмом. Материал и методы: проведён анонимный интернет-опрос 84 матерей детей с аутизмом на предмет наличия у них суицидальных мыслей, намерений и истории совершённых суицидальных попыток в связи с болезнью ребенка, с последующим более подробным очным или заочным дообследованим желающих. Результаты: Пресуицидальные настроения обнаружены у 72,6% женщин. Около половины из них в тот или иной период жизни обдумывали способ самоубийства, практически всегда – с вовлечением ребёнка. Четверть опрошенных имела историю обдумывания конкретных суицидальных намерений, самым частым вариантом которых была преднамеренная автокатастрофа. 8% женщин имели историю суицидальных попыток, причиной которых они считали болезнь ребёнка. Две респондентки рассказали о начатых, но прерванных суицидальных попытках с вовлечением ребёнка. Ещё двое – о покушениях на суицид без участия детей. Среди факторов, провоцировавших появление суицидальных мыслей, преобладали «размышления о будущем своём / ребёнка» и ухудшение или отсутствие улучшения в его психическом состоянии, делающие будущее помещение выросшего сы-

на/дочери в психоневрологический интернат неизбежностью. Тема психоневрологических интернатов, условий содержания в них и негуманного отношения со стороны персонала была центральной в обсуждении переживания «безысходности». Среди других факторов суицидальности женщины выделили: усталость и истощение, постоянный крик ребёнка, его агрессия, бессонные ночи, бестактность специалистов и окружающих, стыд за ребёнка перед окружающими. Из факторов, помогающих преодолеть суицидальные мысли, матери указывали на поддержку близких и работу. Обсуждаются особенности суицидальных переживаний матерей детей с аутизмом, такие как часто неосознаваемые предвосхищение и страх собственной психалгии в будущем, идентификация с ребёнком, проекция на него своих переживаний и страхов, склонность к обдумыванию способов суицида с вовлечением в него ребёнка и др. Сделаны выводы о принадлежности семей детей с аутизмом к группе риска в отношении совершения суицидальных актов, в том числе постгомицидных, и необходимости обеспечения доступной экстренной психотерапевтической помощи родителям детей с аутизмом в кризисных ситуациях.

Ключевые слова: суицидальность, суицид, постгомицидный суицид, суицидальная попытка, матери детей с аутизмом, аутизм

Детский аутизм – тяжёлое, в большинстве случаев инвалидизирующее, расстройство развития, – в настоящее время является предметом интереса исследователей различных научных направлений. По данным американского Центра по контролю и предупреждению заболеваний, встречаемость расстройств аутистического спектра (РАС) по всему миру продолжает непрерывно расти, и в США достигла в настоящее время пропорции 1 : 59 здоровых детей [1]. Официальные данные о распространённости РАС в России отсутствуют. Родители, воспитывающие ребенка с аутизмом, несут тяжёлую психологическую нагрузку, склонны к развитию депрессий и тревожных расстройств [2, 3, 4] и «психологическому выгоранию» [5]. Им свойственны «тревожное, катастрофическое мышление» и множественные соматические жалобы. При этом показатели тревоги и выраженность депрессивных расстройств (пониженное настроение, пессимизм, ангедония, недостаток инициативы) у родителей детей с аутизмом выше, чем у родителей детей с другими ментальными нарушениями [6, 7]. При этом J. Fairthorne [8] считает, что в развитии депрессий у родителей большую роль играет тяжесть самой ситуации родительства, чем предсуществовавшие у них психические расстройства. У матерей возрастает и риск более ранней смерти: риск смерти от рака выше на 50%, сердечно-сосудистых заболеваний – на 150%, внезапного происшествия – на 200% по сравнению с общей популяцией. Под «происшествием» в данном исследовании понимались все случаи убийств, самоубийств и несчастных случаев. В качестве факторов риска суицида и несчастного случая автор выделяет депрессию и недостаток сна [8].

В зарубежных СМИ в последние годы периодически появляются сообщения о фактах завершённых суицидов в семьях детей с аутизмом. В апреле 2014 года английская Daily Mail сообщила о суициде 40-летней матери с пред-

шествовавшим убийством ею 16-летнего аутичного сына. Трагическое событие произошло в канадском штате Бритиш Колумбия. Издание приводит пост матери в фейсбуке, опубликованный ею накануне самоубийства: «Больше, больше должно делаться для наших подростков с особыми потребностями, они отвержены... Канаде нужно больше учреждений для постоянного пребывания и временных передышек для тех семей, которые надеются жить со своими детьми дома» [9].

Американское издание Mercury News в марте 2012 сообщило о подобной трагедии в штате Калифорния: 53-летняя мать застрелила из ружья своего 22-летнего аутичного сына, отчаявшись найти для него программу дневной занятости [10].

Австралийская газета «News.com.au» сообщила в октябре 2016 года о расширенном суициде семьи: матери, отца и двоих аутичных детей, 11-летней девочки и 10-летнего мальчика. Самоубийство было совершено путём самоотравления газом. Как комментирует издание, после достижения ребёнком возраста 6 лет государственное финансирование его реабилитации резко сокращается [11].

В отечественной литературе проблемы семей детей с аутизмом только начинают изучаться, а кризисные состояния родителей и их последствия остаются малоизученными. Можно отметить лишь единичные работы. Так, В.В. Ткачёва [12] выделяет гипостенический тип родителя, склонный к депрессивному фону настроения и пессимизму, а основным психотравмирующим фактором для родителей детей с аутизмом считает эмоциональную фрустрированность вследствие отсутствия адекватного эмоционального ответа от ребенка. Другие авторы [13] указывают на такие особенности родителей детей с нарушениями психического развития, как высокая личностная и ситуативная тревожность, депрессия, неумение выстроить воспитательный процесс. Научных работ,

посвящённых суицидальному риску родителей, в доступной отечественной литературе практически нет. О наличии суицидальных тенденций можно узнать преимущественно из интернет-сетей: «Как мне жить? У меня двое маленьких детей, у обоих аутизм... я так хочу хоть немного отклика от них... но у меня только синяки и укусы на всем теле, я терплю, я понимаю, что они не понимают, но, когда я вижу детей, обнимающих своих мам, смотрящих им в глаза, мне так горько бывает.... я уже сломалась. Мечтаю-мечтаю-мечтаю о смерти, и не могу, у детей нет никого, они не виноваты. Последнее время думаю, что уйти надо нам всем. Как не сделать им больно или не дай Бог не покалечить? Как нам втроём заснуть и не проснуться?» [14].

Таким образом, независимо от страны проживания, аутизм может оказаться непосильной психотравмирующей ситуацией для семьи, воспитывающей такого ребёнка или взрослого.

Цель исследования: выявление и анализ особенностей суицидальных тенденций у матерей детей с диагнозом расстройств аутистического спектра (РАС).

Материал и методы.

Родителям была предложена анонимная онлайн-анкета. Анкету заполнили 84 матери, отцов среди участников не оказалось. Возраст обследуемых различался в пределах от 26 до 60 лет (средний – 34,2 года). Каждая обследуемая имела хотя бы одного ребёнка с диагнозом из группы расстройств аутистического спектра: «детский аутизм», «атипичный аутизм» или «синдром Аспергера».

Анкета состояла из 8 вопросов:

1. Бывало ли так, что в связи с диагнозом ребёнка Вас посещали мысли о нежелании жить?

2. Мысли о нежелании жить провоцировались:

- ухудшением состояния ребёнка или отсутствием у него прогресса в развитии;
- бестактностью специалистов;
- бестактностью окружающих;
- размышлениями о будущем своём и/или ребёнка;
- усталостью, истощением;
- бессонными ночами;
- постоянным беспокойством / криком ребёнка;
- агрессией ребёнка;
- аутоагрессией ребёнка;
- стыдом перед окружающими за ребёнка;

– дополнительной травмой (например, уходом супруга);

– другое (респонденты имели возможность вписать свой вариант ответа).

3. Бывало ли так, что Вы обдумывали конкретный способ, как это сделать?

4. Было ли так, что Вы думали: «Я сделаю так, что мы уйдем вместе»?

5. Были ли Вы на грани совершения неправомерного?

6. Были ли у Вас попытки свести счёты с жизнью в связи с болезнью ребёнка?

7. Бывают ли у Вас в настоящее время суицидальные мысли (как минимум 1 раз за прошедший месяц)?

8. Что помогало (помогает) Вам преодолевать плохие мысли?

- поддержка близких;
- психотерапия;
- лекарственная терапия;
- работа;
- прогресс у ребёнка;
- религия;
- другое (собственные варианты ответов).

После заполнения анкеты желающие могли добавлять свои комментарии, участвовать в личной переписке или очной встрече, в которых задавались уточняющие вопросы, а матери дополняли формальные ответы более подробными и «живыми» рассказами, воспоминаниями, переживаниями.

Результаты и обсуждение:

Представленность различных вариантов суицидальности среди матерей показана на рис. 1.

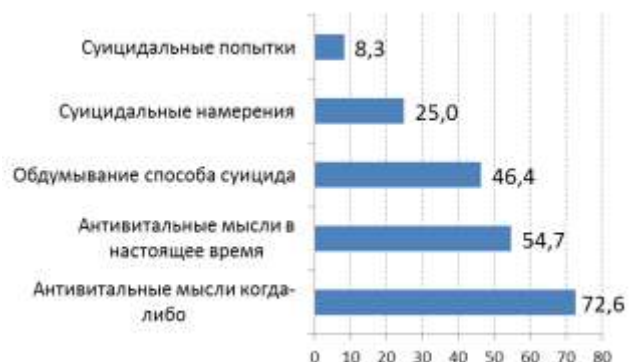


Рис. 1. Доля различных вариантов суицидальности среди матерей детей с аутизмом, в %.

Как можно отметить, у большинства (72,6%) опрошенных женщин в тот или иной период жизни с аутичным ребёнком возникали мысли о нежелании жить. В вопросе не уточ-

нялся характер этих мыслей. В эти случаи вошли и так называемые пассивные пресуицидальные антивитаальные настроения [15, 16, 17]: переживания типа «лучше бы не жить», «хорошо бы умереть», без осознания желания совершить конкретное действие, направленное на прекращение жизни. В личной беседе некоторые матери сообщали, что пассивное нежелание жить присутствует у них постоянно, как привычный эмоциональный фон. Неизлечимая болезнь ребёнка делает невозможными надежды на более радостное будущее; напротив, будущее, связанное со взрослением ребёнка и старением родителей, по словам большинства женщин, представляется им «невыносимым», «страшным», «ужасающим». Нередко в беседе они резко прекращали разговор на тему будущего, подчеркивали, что живут «одним днём».

Как показал дополнительный опрос, у 54,7% респонденток мысли о нежелании жить присутствуют и в настоящее время.

Около трети опрошенных (27,2%) отрицали наличие у себя когда-либо мыслей о нежелании жить. Напротив, некоторые из них добавляли аффективно заряженные противоположные варианты ответов: «Я жить хочу!», «Что за вопросы, как можно!», «Да не бывает у меня таких мыслей и не было никогда!», «Надо жить, несмотря ни на что!»

Факторы, провоцирующие появление мыслей о нежелании жить, отражены в таблице 1.

Таблица 1

Частота провоцирующих суицидальные мысли факторов, в %

Провоцирующий фактор	%
Размышления о будущем ребёнка/себя	47,6
Усталость, истощение	36,9
Отсутствие прогресса у ребёнка	26,2
Крик, беспокойство ребёнка	25,0
Бестактность специалистов	19,0
Бестактность окружающих	17,8
Факт постановки диагноза	17,8
Ухудшение в состоянии ребёнка	16,7
Агрессия ребёнка	15,5
Стыд перед окружающими за ребёнка	14,3
Дополнительная травма	14,3
Другое	14,3
Бессонные ночи	10,3
Аутоагрессия ребёнка	4,6

Чаще всего (почти в половине случаев – 47,6%) мысли о нежелании жить следовали за

размышлениями о будущем себя и ребёнка. На просьбу раскрыть переживания, женщины чаще всего употребляли слово «безысходность», под которым подразумевали: необходимость в будущем определять ребёнка в психоневрологический интернат (ПНИ) (n=32); отсутствие реальной помощи от государства в будущем (отсутствие программ занятости или учрежденный временного / дневного пребывания для ментальных инвалидов, интернатов с комфортными условиями, гуманным отношением и квалифицированной медицинской помощью, отсутствие эффективного лечения) (n=32); возможная агрессивность взрослого сына / дочери (n=15); невозможность улучшения состояния ребёнка и высокую вероятность ухудшений (n=14); крах надежд на «нормальную» жизнь с радостными событиями, «безрадостность будущего» (n=12); одинокая замкнутая жизнь вдвоём с ребёнком до старости (n=8); одиночество в старости (n=5). Тема неизбежности помещения взрослого сына/дочери в психоневрологический интернат (ПНИ) была центральной в любом обсуждении будущего ребёнка и семьи, её многие матери называли «своим кошмаром», «своим страшным сном», чем-то, о чём «невыносима одна даже мысль».

Описывая свои представления о ПНИ, женщины говорили о неизбежных злоупотреблениях и нарушениях прав их детей, которые, по их мнению, распространены повсеместно в этих учреждениях. «Избивают, насилуют, а персонал науськивает», «домашние дети не живут там больше 1-2 лет», «привязывают и закалывают препаратами», «это места, где нет понятия об уважении к личности и гуманизме». Большинство матерей было уверено в быстрой смерти своего взрослого сына (дочери) после помещения его/её в ПНИ. Некоторые говорили: «ПНИ я не рассматриваю как вариант, это недопустимо», – и делились надеждами об организации альтернативных вариантов сопровождаемого проживания для взрослых инвалидов.

Особенностью раскрытия темы безысходности матерями состояло в том, что они больше говорили о страданиях ребёнка, демонстрируя полную идентификацию с ним и его предполагаемыми страданиями. При этом, так как дети в силу их психического состояния не общались о страдании, вывод, иногда очень спорный. О его наличии и характере женщины делали исходя из поведения ребёнка и своего опыта («он бьёт себя по голове – у него страшные головные боли», «он всё понимает, он видит, как все к нему относятся и уходит в

себя»). Некоторые так и комментировали опрос: «Я и он – одно, его страдание – моё страдание». В связи с этим опрашиваемым был предложен дополнительный вопрос: «Что в Вашем будущем представляется Вам особенно невыносимым, вызывая мысли о смерти?» Даже отвечая на уточнённый вопрос, большинство продолжили говорить о будущем ребёнка. В некоторых случаях, после неоднократных уточнений вопроса, акцентировании внимания на том, что речь в данном случае только идёт о них, удавалось достигнуть осознания того, что будущее представляется матерями наполненным душевной болью, связанной с созерцанием тяжелого психического состояния выросшего сына / дочери. Предвосхищение психалгического будущего оказалось характерной особенностью переживаний многих женщин.

Об этом же говорили и комментарии к опросу и рассказы наиболее рефлексующих матерей, в которых они указывали на невыносимое душевное страдание от созерцания неадекватного, необъяснимого, «ненормального» поведения своего ребёнка: бесцельного бега, карабкания по мебели, безразличия к обращениям, ласкам матери и самому её присутствию, бессмысленного разрушения домашнего имущества, странных, «нечеловеческих» вокализаций, «поведения зверька». В некоторых рассказах проскальзывали крайне болезненные выводы, что ребёнок – «брак природы», «тупиковый вариант», «неудавшееся существо», и она – та мать, которая произвела на свет такого «бракованного» ребёнка. Одна женщина вспоминала картину из её детства, когда она наблюдала, как пожилые родители ежедневно гуляли с «существом женского рода в мохнатой шубе, с блуждающим взглядом»; тогда респондентка со страхом и любопытством наблюдала за «странной» семьёй, а потом, с постановкой диагноза её собственному ребёнку, стала с ужасом думать, что то же самое ждёт и её в будущем. Другая назвала причиной суицидальных мыслей «страх силы моего горя в будущем при созерцании состояния выросшего сына». Третья написала: «Суицидальные мысли вызывает не факт диагноза, а тяжесть состояния ребёнка, когда совместное проживание невозможно в силу его поведения, дальнейшее пребывание в этой ситуации невыносимо».

На втором месте по частоте (36,9%) оказалось состояние усталости, вызванное уходом. Необходимость ежеминутного многолетнего контроля за гиперактивным, импульсивным ребёнком, часто не понимающим обращённой

речи, запретов, опасностей и социальных норм, и не компенсирующего энергетические затраты матери естественным эмоциональным откликом, лаской и привязанностью к ней, вызывало, по словам матерей, состояние крайнего истощения: «силы иссякали, а состояние не улучшалось», «почувствовала, что всё, больше не могу», «хоть бы на полдня кто-то подменил меня». Особый акцент в беседе женщины делали на бессонные ночи, связанные с нарушениями сна и ночной хаотичной активностью ребёнка (парадоксально, но в ответах доля «бессонных ночей» составила лишь 10,7% от общего числа провоцирующих факторов). «Мы не спали с 1,5 до 6 лет», «уже прошло несколько лет с тех пор, а я до сих пор не могу выспаться» – такие описания в беседах повторялись и были характерными.

В 26,2% случаев матери начинали думать о смерти, когда видели, что у ребёнка не происходит желаемого прогресса в развитии, так и не появляется речь, адекватное поведение, не удаётся научить его необходимым навыкам, подготовить к школе. Характерными оказались рассказы о своеобразных «эмоциональных качелях», в которых оказывались женщины, занимающиеся с ребёнком и бдительно следящие за его успехами и неудачами. При этом каждый минимальный успех вселял излишний оптимизм и уверенность в полной компенсации состояния, а каждый неуспех воспринимался как крах всех надежд. Учитывая, что аутичные дети действительно крайне нестабильны и неожиданны в демонстрации достижений, реальная основа для истощающих «эмоциональных качелей» существовала. Неадекватными, гипертрофированными представляются реакции матерей на эту нестабильность: например, ответы ребёнка не попадая сегодня после вчерашних правильных ответов на те же вопросы, вызывали у матери отчаяние и уверенность, что вчерашние успехи были всего лишь случайностью.

Респондентам, подтвердившим наличие у себя суицидальных мыслей в прошлом или настоящем, был задан дополнительный вопрос: «Считаете ли Вы, что у Вашего ребёнка тяжёлая форма аутизма?» Утвердительно на этот вопрос ответили 68%. Под тяжестью аутизма ими понимались такие признаки, как отсутствие речи, значительные трудности в обучении, неуправляемость, грубая неадекватность. Именно такие дети, по мнению опрашиваемых, обречены на будущее в психоневрологическом интернате. Уход за ними является наиболее истощающим, эмоциональной отдачей практи-

чески нет, а реакции окружающих на них содержат в себе посыл отвержения, страха и вызывают чувство отверженности и стыда у матери. По существу, тяжесть аутизма у ребёнка можно расценить как основной фактор, обуславливающий суицидальность матерей и объединяющий все факторы, перечисленные в вопросе 2 анкеты. Интересно, что 32% женщин с суицидальным поведением не оценили состояние ребёнка как тяжёлое, при этом среди них присутствовали даже матери детей с высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера. Можно предположить, что для этой подгруппы респонденток большее значение имел сам факт психического расстройства у ребёнка. Кроме того, возможно, что суицидальные мысли и настроения у этих матерей чаще относились к прошлому, когда маленький ребёнок, впоследствии ставший высокофункциональным, был труден и неадекватен, и имел неясный прогноз.

Кроме того, имел значение и возраст ребёнка. Многие называли «критическим» возраст 7 лет, другие – подростковый период или совершеннолетие: «стало ясно, что ничего не достигли», «нас никуда не возьмут», «это – его потолок в развитии». Кроме того, взросление ребёнка часто усугубляло имевшиеся и ранее проблемы и превносило новые: малыш превращался в сильного подростка, контроль за которым при определённой тяжести состояния становился проблематичным: он становился физически сильнее родителей, а импульсивность, агрессия и непонимание запретов и норм сохранялись. Надежды родителей, что маленький ребёнок «перерастёт» свои проблемы, терпели крах.

Четверть респонденток (25,0%) отметили как фактор, провоцирующий мысли о нежелании жить, постоянный крик ребёнка: «постоянный визг, как ультразвук», «от этого ора мы сходили с ума».

Особого внимания заслуживают случаи провоцирования суицидальных мыслей неэтичными комментариями и прогнозами специалистов: врачей и педагогов (19,0%). «Сдайте его, он же угробит вас», «Радуйтесь, он у вас не аутист, он просто идиот», «Зачем вам такой, рожайте второго!» – такие реплики специалистов были нередкостью в рассказах респонденток.

Стыд за ребёнка как фактор, провоцирующий мысли о смерти, отметили 14,3% опрошенных, хотя в комментариях часто звучала тема неловкости перед окружающими, избегания ситуаций, где неадекватное поведение ре-

бёнка могут увидеть другие люди. Матери часто приводили примеры отвергающих и осуждающих реплик со стороны окружающих, отражающих страх, неприятие психически больного и устаревшие общественные мифы о том, что больной ребёнок рождается в неблагополучных семьях, у «алкоголиков» и других изгоев общества: «Пойдем отсюда, здесь ненормальный», «Была бы хорошей матерью – не родился бы такой!», «В наше время у нас не было таких детей!», «Ну и держите взаперти, раз больной!». Представляется, что матери не осознавали переживание «неудобства, неловкости» как глубокое чувство стыда, возникающее при демонстрации ребёнком неадекватного, социально неприемлемого поведения в общественных ситуациях. В комментариях часто звучали упоминания о «невозможности» ходить с ребёнком в те или иные общественные места, магазины, театры, путешествовать.

Трое женщин в рубрике «Другое» указали как фактор, способствующий возникновению суицидальных мыслей, диагностирование аутизма и у второго ребёнка. Данная ситуация заслуживает особого внимания: решение о рождении второго ребёнка обычно принимается родителями с оboюдной для себя и больного ребёнка целью: получить опыт нормального родительства для себя и иметь близкого родственника для больного сиблинга, который «подстрахует» его после смерти родителей. Крах и этих надежд, когда второму (а в единичных случаях – и третьему) ребёнку ставится тот же диагноз, способен вызвать тяжелейшую эмоциональную реакцию у родителей.

Почти половина женщин (46,4%) обдумывала способ самоубийства. В личной беседе далеко не все респондентки согласились рассказать об этих переживаниях. Согласившиеся поделиться (n=12) указали следующие рассматривавшиеся ими способы: намеренная автотатастрофа (n=5), самоотравление (n=3), падение с высоты (n=3), самоубийство с помощью огнестрельного оружия (n=1). Особым случаем был рассказ одной матери о планировавшейся ею в прошлом симуляции суицида путём самоутопления с последующим планом побега, смены паспорта и ухода, таким образом, из невыносимой ситуации.

Суицидальные мысли и намерения во всех случаях вступали в неизбежный конфликт с антисуицидальными факторами: стремлением спасти ребёнка от страданий, не оставить его без своей заботы и ухода. Вероятнее всего, что во многих случаях последние тенденции одерживали верх, и оказывались мощным факто-

ром, удерживающим мать от совершения самоубийства. Именно об этом говорили многие женщины, подтвердившие наличие у них мыслей о смерти в прошлом, но избавившиеся от них. С их слов, при осознании ответственности перед ребёнком («меня не станет, а с ним что будет?») Они говорили, что хотели умереть, но понимали, что, наоборот, должны прожить как можно дольше, чтобы обеспечить уход своему ребёнку и максимально отодвинуть момент институализации. Однако в части случаев стремление спасти ребёнка от страданий и стремление уйти из жизни соединялись в сознании женщин в идею совместного ухода.

Трое респонденток и на момент опроса убеждённо говорили о суициде с вовлечением ребёнка как единственно возможном решении в старости или в случае неизлечимой болезни: «Если у меня будет рак, расширенный (*прямая речь*) суицид – единственный выход. Он не даст мне лежать, он не переносит стоны. А после моей смерти – ПНИ. Зачем?» У некоторых матерей мысли о совместном уходе из жизни не носили характера суицидальных, а преподносились как надежда на то, что ребёнок умрёт раньше их («это моя самая большая мечта»).

Доля женщин, оценивших своё состояние как «нахождение на грани совершения самоубийства» составила 25,0%, что может расцениваться как суицидальные намерения.

Четверо из них согласились рассказать об этих эпизодах жизни подробнее. По рассказу одной, на протяжении месяца ночами она стояла на подоконнике открытого окна 10-го этажа, держа рядом с собой двухлетнего ребёнка. «Желание спрыгнуть было таким сильным, что я до сих пор боюсь его и живу не выше 2-го этажа, если и спрыгну – полежу в гипсе». «Очень сильно хотелось прыгнуть – и в то же время было очень страшно. Так и стояли – то хочу, то страшно, и так часами».

Две респондентки, описывая ситуацию «на грани суицида», описали, по существу, начатые, но прерванные, суицидальные попытки.

У первой из них, матери четверых детей, двое младших из которых – инвалиды по аутизму, намерение выбраться из окна вместе с сыном и начало прерванной суицидальной попытки возникли без предварительного планирования, на фоне эмоционального и физического истощения и наблюдения неприятного, вызывающего инстинктивное отвращение, симптома аутизма – каломазания. «Совпало, был очень тяжелый день, муж допоздна на работе, у младшего тогда ещё каломазание было. Лето, жара... Я ночью не могла уснуть.

Тряслись руки от усталости, преследовал запах г...на (пардон, пишу как есть), дочь ненавидит, муж засыпает как сурок. А младший очень тяжелый. Я сказала себе "я так не могу, не могу и все". Хотела выйти в окно, 21 этаж. Младшего забрать с собой. Окна закрыты на очень сложные механизмы (безопасность детей), не смогла открыть, пальцы в кровь, не справилась. Инструменты взять побоялась, вдруг муж услышит. Решила на завтра отложить. А утром пришла в ужас от своего поступка. Потом год чёрной депрессии. Сейчас прошло 2,5 года. Все хорошо».

Ещё одна мать, уже имея историю незавершённого по причине вмешательства посторонних самоповешения, долго планировала выбраться из окна 12-го этажа вместе с ребёнком. В запланированный вечер она начала действия по осуществлению суицидальной попытки, оказавшейся прерванной: оделась сама и начала застёгивать пальто на сыне. В этот момент ребёнок заплакал. Этот плач неожиданно послужил для неё останавливающим моментом.

Ещё одна мать испытывала сильнейшее желание совершить суицид с вовлечением ребёнка, находясь, видимо, в состоянии острого возникновения аффективно насыщенных бредоподобных фантазий или, возможно, бреда. «Он все время кричал, и мне стало казаться, что в него вселился сатана. Мне хотелось задушить его и выбраться вместе с ним из окна. Каким-то чудом я дошла до психиатра».

Семь (8,3%) среди опрошенных женщин совершили суицидальные попытки в связи с болезнью ребёнка. Подробнее рассказать о них согласились двое.

Первая из них – 20-летняя фельдшер, в последующем психолог, по характеру упрямая, склонная к враждебности, категоричная и односторонняя в суждениях. Живя одна с двухлетним аутичным ребёнком после ухода мужа, прочитала большое количество литературы о заболевании и его прогнозах. Пыталась стать религиозной, от священников услышала, что болезнь дана за её грехи. Мысленно согласилась с этим, хотя не понимала, в чём её грех. Состояние ребёнка крайне удручало респондентку: он бесцельно бегал по квартире, не реагировал на речь и мать или выкрикивал одно и то же бессмысленное слово. Мать не могла из-за такого поведения зайти с ним в магазин, изменить маршрут прогулки. Опустив многие подробности, женщина рассказала, что где-то вне дома надела на шею, приготовленную заранее петлю, и вытолкнула опору из-под

ног, совершив попытку самоповешения. Была случайно спасена, получив перелом перстне-черпаловидного хряща.

Впоследствии проходила долгосрочную аналитическую психотерапию, поступила и окончила психологический ВУЗ. В настоящее время работает психологом. Сохраняется склонность к угрюмо-мрачному фону настроения, неадекватно завышенная оценка своих интеллектуальных возможностей, наряду с эпизодически возникающим демонстративным самоуничижением («да кто я – провинциалка, тётка с большим ребёнком, от меня всем только хуже»), отражающим, скорее, проективные механизмы личности, демонстрация «реалистичного», по её мнению, взгляда на будущее, «понимание, что она одна ответственна за болезнь ребёнка, так как это она дала ему жизнь», открытые обвинения других матерей в недалёкости и глупости, уверенность в невыносимых страданиях сына после её смерти, планы совершить постгомицидный суицид в случае её неизлечимой болезни.

Отсутствие необходимой информации позволяет предположить, что личность, страдающая параноидным личностным расстройством, отличающаяся максимализмом и незрелостью в суждениях, совершила суицидальную попытку, личностный смысл которой, скорее, можно определить как смешанный: «отказ» и «самонаказание» [15, 17].

Вторая респондентка согласилась подробно рассказать о своей суицидальной попытке.

На момент совершения попытки женщине было 36 лет, по специальности дизайнер-модельер, замужем, отношения с мужем равные, муж всегда поддерживал и утешал. Себя характеризует как весёлую, «не склонную к депрессиям, упрямую, прямолинейную, ... люблю новые места, путешествия». На момент суицидальной попытки сыну было 7 лет, диагноз: F84.02 / F.71. Детский аутизм (вследствие других причин), умственная отсталость умеренная. Ребёнок был невербальным, эмоционально неоткликаемым, с интеллектуальным недоразвитием и множеством ригидных стереотипов в поведении, в совершение которых он вовлекал членов семьи. Респондентка с момента рождения сына не работала и осуществляла уход за ним. Когда сыну было 4,5 года, во время прохождения переосвидетельствования МСЭ родителям было предложено оформление его в детский психоневрологический интернат со словами: «А что ещё с вами делать? Он же угробит вас!» После этого резко снизилось настроение, респондентка лежала, плакала,

временами бурно рыдала, испытывала растерянность «Как жить дальше? Что делать? Сдать его в интернат, единственного сына? Продолжать жить этой невыносимой жизнью с ежедневными многочасовыми прогулками по одному маршруту, когда он идёт впереди быстрым шагом и даже не оборачивается, а я за ним, и так каждый день, всю жизнь ... какая скучная у нас будет жизнь!» Постепенно стала более активной, но настроение оставалось лабильным, с лёгким возникновением резко сниженного, «срывов», «истерик». За 2 месяца до попытки, 1 сентября с балкона увидела школьников с цветами. С мыслями, что у неё и сына никогда не будет такого праздника начала рыдать, лежала с рыданиями несколько часов. Примерно в то же время после слов прохожей на улице «Уберите своего идиота!» прибежала домой и снова рыдала несколько часов, повторяя «Он не идиот, он не идиот!» Через 1,5–2 месяца, после многократных обсуждений ситуации с мужем и матерью, склонилась к мысли об оформлении сына в интернат. Сдала документы и получила инструкцию – «Ждите звонка!». Снова резко снизилось настроение, не вставала с постели в течение 1,5 месяцев, ела только с ложки (кормил муж, приходя с работы). То думала, что она предала сына, то – что жизнь с сыном невыносима. Если сын заходил в комнату, говорила: «Уведите его, я не хочу его видеть.» Часто появлялись мысли, что для определения ребёнка в детский сад, школу или какое-то другое, альтернативное ПНИ, детское учреждение, необходимо прикладывать усилия по поиску таких мест, о которых не хватает информации («надо что-то где-то искать, искать, я не могу больше»). Испытывала «сильнейшую душевную боль», «было одно желание – избавиться от боли». Последнюю неделю перед попыткой обдумывала способ уйти из жизни. «Выброситься в окно не хватило духу, хотя на подоконнике сидела», «было жалко родных, которые найдут меня на асфальте изувеченную». Склонилась к способу самоотравления лекарствами. Ночью, когда домашние спали, приняла 30 таблеток снотворного препарата. Пустую упаковку положила под подушку. Лежала, чувствовала сильную сухость во рту и глотке, «пелену» перед глазами. Не спала. Помнит, как через 2 часа под утро в комнату вошла мать и поправила ей подушку, из-под которой выпала пустая упаковка препарата. Респондентке было сделано промывание желудка, вызвана «скорая помощь», рекомендовано обратиться к психиатру. Обратилась к психиатру, была планово госпитализирована в

Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, где находилась на лечении около месяца.

Психический статус через неделю после суицидальной попытки: контакту доступна. Доброжелательна, разговорчива. Слегка гипомимична. Охотно, в подробностях, рассказывает о происшедшем. Говорит, что нуждается в помощи, не справляется с ситуацией. Задаёт множество вопросов о прогнозах сына, возможных путях его реабилитации. Несколько раз повторяет: «Неужели у нас с мужем будет вот такая однообразная жизнь: больной ребёнок, прогулки с ним по одному и тому же маршруту, без любимой работы, без путешествий, я не хочу такой жизни!» Подчеркивает безвыходность ситуации: она одна может ухаживать за ребёнком, «никакая няня не согласится», «свою маму я жалею, она умрёт, если будет сидеть с ним». Эгоцентрична, не отслеживает эмоциональных реакций собеседника, в основном, говорит сама. Эмоциональные реакции адекватные. Настроение нерезко снижено, без идеомоторной заторможенности. Мышление продуктивное. Психотической симптоматики нет.

Катамнез на протяжении 1,5 лет: после лечения настроение ровное, совместно с мужем приняли решение о рождении второго ребёнка, в настоящее время имеет трёхмесячную дочь, за которой с любовью ухаживает. Согласилась на лечение сына, на фоне которого стал спокойнее и адекватнее. Суицидальных мыслей в настоящее время нет.

Таким образом, у личности с чертами акцентуации по шизо-истерическому типу, на фоне длительной психотравмирующей ситуации (воспитание ребёнка – ментального инвалида, радикально меняющее образ жизни семьи) развилась невротическая депрессия с доминирующими переживаниями «безрадости будущего» и амбивалентным отношением к сыну-инвалиду. Депрессия усугублялась случайными, но характерными, внешними событиями: сравнением с обычными детьми, бестактностью специалистов, столкновением с отсутствием налаженного маршрута реабилитации, информации о школах, реабилитационных центрах, с возникновением истеродепрессивных эпизодов. Принятое рационально решение поместить ребёнка в ПНИ резко усилило эмоциональные нарушения до уровня затяжной истеро-депрессивной реакции отказа, в переживаниях появляется чувство вины. Личностный смысл неудавшегося суицида может быть определён как «отказ» [15, 17], тип реакции психалгический [15, 17]. Совершение

суицидальной попытки дома, при наличии там же матери и мужа, не позволяет исключить демонстративный компонент покушения. Постсуицидальный период характеризовался редукцией депрессии. Катамнез показал хорошую адаптацию респондентки с нахождением выхода из ситуации – рождения второго ребёнка – девочки (респондентка знает, что риск развития аутизма у девочек значительно ниже).

Нами были оценены и возможные психологические варианты противостояния суицидальному поведению, указанные респондентками.

Таблица 2

Варианты преодоления суицидальных мыслей, %

Фактор	%
Поддержка близких	27,4
Работа	26,2
Улучшение состояния ребёнка	22,6
Лекарственная терапия	16,7
Религия	16,7
Рождение здорового ребёнка	15,4
Психотерапия	14,3
Другое	26,2

Примерно одинаковые и при этом наибольшие значения оказались у двух вариантов: «поддержка близких» (27,4%) и «работа» (26,2%). Многие женщины говорили о поддержке со стороны супруга, который нередко занимал эмоционально противоположную позицию по отношению к ситуации или оказывался полноценным участником сплочённой семейной системы: «Я – паникёр, а у мужа всё нормально», «Без мужа я не представляю жизни, я не справлюсь без него», «У нас с мужем договорённость: у нас есть дни, когда мы ничего не делаем, полностью отдыхаем, а за ребёнком «одним глазом» присматривает по часу то один, то другой». Встречались и семьи, в которых муж брал на себя основную тяжесть ухода за ребёнком.

Выход на работу также воспринимался матерями как отдых от более тяжелой работы дома, возможность отвлечься от плохих мыслей.

Каждая пятая женщина (22,6%) отметила, что прогресс в развитии ребёнка, произошедший, в том числе, и благодаря фанатичной коррекционной работе, осуществляемой самими матерями, избавил их от суицидальных мыслей. Осваивание туалетных навыков, появление понимания речи и самой экспрессивной речи, первые академические успехи – все эти

вехи, давшие огромный трудом, делали жизнь семьи легче, и способствовали надежде на дальнейший прогресс.

Варианты «религия» и «лекарственная терапия» набрали по 16,7% ответов. 15,4% женщин указали как на выход – рождение ребёнка.

К психотерапии прибегли и получили положительный результат наименьшее число матерей – всего 14,3%. Женщины сетовали на отсутствие материальных средств и физического времени на прохождение психотерапии, малую доступность её бесплатных вариантов («Я думаю, что будь у нас в стране организована хоть какая-то помощь родителям детей-инвалидов, не было бы половины этих депрессий. Формально помощь якобы где-то есть... Но, либо, неизвестно где, либо, её нереально получить. То есть когда родитель, находясь на грани, всё-таки обращается куда-то, а ему надиктовывают список из 20 документов, которые он должен предоставить... Да у человека нет сил уже на это! Ему легче уже сдохнуть, чем все это собрать!»). Кроме того, многие матери приводили и свои способы преодоления суицидальных мыслей: наличие здорового sibлинга, понимание, что у других «бывает и хуже, наши хотя бы ходячие, посмотрите на ДЦП», жалость к своим родителям, которые окажутся в горе, страх неуспешного суицида. Был и вариант ответа «Ничего не помогло, эти мысли со мной».

Заключение.

Результаты исследования демонстрируют среди обследованных матерей детей с аутизмом довольно высокий процент суицидального поведения, включая антивитаальные переживания, суицидальные мысли, реже – намерения и попытки. Для многих женщин оказался характерен привычный антивитаальный фон настроения. Основным фактором, обуславливающим возникновение суицидальных переживаний и объединяющим все другие факторы, можно считать тяжесть аутизма. Именно она делает уход за ребёнком, истощающим и в физическом, и в эмоциональном плане, а длительный характер истощения (на протяжении многих лет, в совокупности с хронической эмоциональной фрустрированностью) обуславливает развитие хронической депрессии с ангедонией и психалгией, спроецированными также и на будущее.

Будучи причиной и суицидальных, и антисуицидальных тенденций, большой ребёнок становится центром внутриспсихического кон-

фликта, в рамках которого стремлению избавиться от невыносимой психалгии противостоит стремление сохранить ему жизнь в приемлемых социальных условиях. При достаточной силе антисуицидальных мотивов они выступают надёжным блоком на пути реализации суицидальных стремлений.

Однако чуть меньше, чем у половины матерей стремление сохранить жизнь ребёнку уступает место стремлению избавить его от невыносимых страданий в будущем, связанных, по мнению матерей, с неизбежной институализацией сына / дочери после смерти родителей. Любовь к ребёнку начинает существовать не в позитивном, а в негативном смысле – как стремление избавиться от чего-то, а не дать что-то. Подсознательное материнское всемогущество, возможно, участвует в формировании установки «Жизнь без меня для тебя есть медленная мучительная смерть, а я жить больше не могу». Мать делает выбор в пользу быстрой смерти ребёнка. Таким образом рождаются мысли и намерения осуществить суицид с вовлечением ребёнка. Все матери, обдумывавшие способ суицида, обдумывали именно его совместный вариант.

Суицидальные попытки совершили 7 опрошиваемых женщин (8,3%). При этом две описанные попытки были реализованы без вовлечения ребёнка. О пяти других информации нет. Можно предположить, что постгомицидный суицид имеет большую вероятность остаться неосуществлённым за счёт крайней трудности совершения первой части – собственно убийства ребёнка. Однако это лишь предположение, требующее дальнейших исследований и доказательств.

Таким образом, проведённое исследование показало, что:

1. Мысли о нежелании жить присутствовали в тот или иной период жизни с аутичным ребёнком у большинства матерей, нередко формируя привычный ангедонический пресуицидальный фон.

2. Факторами, обуславливающими возникновение суицидального поведения, были: физическое и эмоциональное истощение, усиливающееся фрустрированностью, вследствие эмоциональной неоткликаемости ребёнка; интенсивная психалгическая составляющая в переживаниях при наблюдении неадекватного поведения ребёнка, и усиливающаяся идентификацией с ним и его предполагаемыми стра-

даниями; предвосхищение психалгического будущего; «эмоциональные качели» с частыми переживаниями отчаяния, краха надежд и обесцениванием достигнутого; чувство стыда за ребёнка перед окружающими, часто приводящее к значительной социальной изоляции матерей. Все перечисленные факторы сочетались и действовали в комплексе при тяжелых формах аутизма.

3. Нередко пассивные пресуицидальные настроения сменялись активным обдумыванием способа самоубийства, сценарно, как правило, включающим участие ребёнка.

4. Особенностью как суицидальных, так и антисуицидальных тенденций было наличие их ведущего источника – неизлечимо больного ребёнка. Возможно, сила и инстинктивная обусловленность именно антисуицидальных тенденций и объясняет сравнительно небольшой процент совершённых суицидальных попыток по сравнению с процентом конкретных суицидальных намерений.

Полученные результаты заставляют признать, что матери детей с аутизмом представляют собой группу повышенного суицидального риска. Создание таких психотерапевтических мер, как телефоны доверия, финансируемые государством кризисные центры как для

родителей, так и центры временного пребывания для детей с аутизмом любой тяжести, доступ в которые не был бы регламентирован необходимостью трудоёмкого сбора документов – всё это могло бы снизить напряженность ситуации в семьях больных детей и, соответственно, снизить суицидальный риск.

Особое внимание должно уделяться этике общения специалистов с родителями ментальных инвалидов, необходимости обучения этой этике, употреблению выверенных, лаконичных и безопасных фраз, недопустимости аффективных, случайно «брошенных» обывательских высказываний, проявлений «жалости» и смеси страха и удивления, косвенно говорящих о тяжести состояния ребёнка, невыносимости, по понятиям «обычного обывателя», такой жизни и бесперспективности реабилитации. Кроме того, реформирование психоневрологических интернатов в сторону их большей открытости, доступа в них волонтеров и СМИ, улучшения условий содержания и качества медицинской помощи проживающим в них, наряду с параллельным созданием альтернативных вариантов (домов, квартир, коммун сопровождаемого проживания) также представляется необходимым условием снижения уровня депрессий и суицидов в семьях детей с аутизмом.

Литература:

1. Rice C. Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *MMWR Surveill Summ.* 2009; 58 (SS-10): 1–20.
2. Feinberg E., Augustyn M., Fitzgerald E., et al. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014; 168 (1): 40–46.
3. Al-Farsi O.A., Al-Farsi Y.M., et al. Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. *Neuropsychiatric disease and treatment.* 2016; 12: 1943–1951.
4. Bader S.H., Barry T.D. A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 2014; 44 (11): 2820–2831.
5. Bolton P.F., Pickles A., Murphy M., Rutter M. Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. *Psychol. Med.* 1998; 28 (2): 385–395.
6. Foody C., James J.E., Leader G. Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: a comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 2015; 45 (4): 1084–1095.
7. Lajiness-O'Neill R., Menard P. Brief report: an autistic spectrum subtype revealed through familial psychopathology coupled with cognition in ASD. *J. Autism Dev. Disord.* 2008; 38 (5): 982–987.
8. Fairthorne J., Jacoby P., Bourke J., de Klerk N., Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *J. Psychiatr Res.* 2015; 61: 223–230.
9. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2613443/Struggling-single-mother-40-left-suicide-note-saying-no-longer-cope-caring-severely-autistic-son-16-killing-herself.html>
10. <https://www.mercurynews.com/2012/03/08/parents-of-autistic-children-speak-out-on-sunnyvale-murder-suicide/>

References:

1. Rice C. Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *MMWR Surveill Summ.* 2009; 58 (SS-10): 1–20.
2. Feinberg E., Augustyn M., Fitzgerald E., et al. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014; 168 (1): 40–46.
3. Al-Farsi O.A., Al-Farsi Y.M., et al. Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. *Neuropsychiatric disease and treatment.* 2016; 12: 1943–1951.
4. Bader S.H., Barry T.D. A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 2014; 44 (11): 2820–2831.
5. Bolton P.F., Pickles A., Murphy M., Rutter M. Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. *Psychol. Med.* 1998; 28 (2): 385–395.
6. Foody C., James J.E., Leader G. Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: a comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 2015; 45 (4): 1084–1095.
7. Lajiness-O'Neill R., Menard P. Brief report: an autistic spectrum subtype revealed through familial psychopathology coupled with cognition in ASD. *J. Autism Dev. Disord.* 2008; 38 (5): 982–987.
8. Fairthorne J., Jacoby P., Bourke J., de Klerk N., Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *J. Psychiatr Res.* 2015; 61: 223–230.
9. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2613443/Struggling-single-mother-40-left-suicide-note-saying-no-longer-cope-caring-severely-autistic-son-16-killing-herself.html>
10. <https://www.mercurynews.com/2012/03/08/parents-of-autistic-children-speak-out-on-sunnyvale-murder-suicide/>

11. <http://www.news.com.au/lifestyle/parenting/kids/motheroftwo-autistic-children-says-people-need-to-walk-a-day-in-their-shoes-before-placing-judgment/news-story/8723e6a5c6f7a7fc0134298255fd996d>
12. Ткачёва В.В. Семья ребёнка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование. М.: Книголюб, 2008. 144 с.
13. Лысенко Е.Н., Золотникова Г.П. Изучение личностных особенностей и психоэмоциональной сферы родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития. *Вестник Брянского государственного университета*. 2013; 1: 186-189.
14. http://www.pobedish.ru/main/help/u_menya_dvoe_malenkih_detey_u_oboih_autizm_ya_uje_slomalas_mechtayumechtayumechta_yu_o_smerti.poslednee_vremya_dumayu_chno_uyti_nado_nam_vsem.htm
15. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. *Методические рекомендации*. М., 1980. 55 с.
16. Ефремов В.С. Основы суицидологии. М.: Диалект, 2004. 480 с.
17. Тихоненко В.А., Сафанов Ф.С. Введение в суицидологию. *Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие*. М., 2004. С. 266-283.
11. <http://www.news.com.au/lifestyle/parenting/kids/motheroftwo-autistic-children-says-people-need-to-walk-a-day-in-their-shoes-before-placing-judgment/news-story/8723e6a5c6f7a7fc0134298255fd996d>
12. Tkachyova V.V. Sem'ya rebyonka s otkloneniyami v razvitiy. Diagnostika i konsultirovanie [The family of a child with developmental disabilities. Diagnostics and consulting]. M.: Knigolyub, 2008. 144 s. (In Russ)
13. Lisenko Z.N., Zolotnikova G.P. Izuchenie lichnostnih osobennostei i psychoemocionalnoi sferi roditelei, vospitivyayuschih detei s narusheniyami razvitiya [Study of personal characteristics and psycho-emotional sphere of parents raising children with developmental disorders]. *Vestnik Bryanskogo gosudarstvennogo universiteta* [The Bryansk State University Herald]. 2013; 1: 186-189. (In Russ)
14. http://www.pobedish.ru/main/help/u_menya_dvoe_malenkih_detey_u_oboih_autizm_ya_uje_slomalas_mechtayumechtayumechta_yu_o_smerti.poslednee_vremya_dumayu_chno_uyti_nado_nam_vsem.htm
15. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidalnogo povedeniya [Diagnosis of suicidal behavior]. *Metodicheskie rekomendatsii*. M., 1980. 55 s. (In Russ)
16. Efremov V.S. Osnovi suicidologii [Fundamentals of suicidology]. M.: Dialekt, 2004. 480 s. (In Russ)
17. Tihonenko V.A., Safuanov F.S. Vvedenie v suicidologiyu [Introduction to suicidology]. *Medicinskaya i sudebnaya psichologiya. Kurs lekciy: Uchebnoye posobiye*. M., 2004. S. 266-283. (In Russ)

SUICIDALITY IN MOTHERS OF AUTISTIC CHILDREN

L.G. Borodina

Moscow State University of Psychology and Pedagogics, Moscow, Russia; bor111a@yandex.ru

Abstract:

The aim of the study was to identify and analyze suicidality among mothers of children with autism. Material and methods: anonymous internet interview of 84 mothers of children with autism for the presence or absence of suicidal thoughts, intentions and history of committed suicidal attempts in connection with the child illness, followed by more detailed examinations or extramural follow-up. Results: Presumptive moods were found in 72.6% of mothers. About half of them at one time or another thought about the method of suicide, almost always with the involvement of a child. A quarter of respondents had a history of thinking about specific suicidal intentions, the most frequent variant of which was a premeditated car crash. 8% of women had a history of suicidal attempts, which they thought was caused by the child's illness. Two respondents told about the initiated, but interrupted suicidal attempts involving the child. Two more reported suicide attempts without participation of children. Among the factors that provoked the emergence of suicidal thoughts, preoccupation with "thinking about the future of his / her child" and worsening or lack of improvement in his mental state, making the future placement of the grown son / daughter in psycho-neurological boarding inevitability. The theme of psycho-neurological boarding schools, the conditions of detention in them and the inhuman attitude of the staff was central to the discussion of the experience of "hopelessness". Among other factors of suicidal women the following factors were identified: fatigue and exhaustion, the constant cry of the child, his aggression, sleepless nights, tactlessness of specialists and others, shame of the child in front of others. Among factors that could help to overcome suicidal thoughts, the mother pointed out support of relatives and work. Features of suicidal experiences of mothers of children with autism, such as unconscious anticipation and fear of their own psychhalgia in the future, identification with the child, projection of their experiences and fears on it, propensity to think about ways of suicide involving the child into it, and others are discussed. Conclusions were drawn about the families of children with autism at risk of suicide, including post-homicide, and the need to provide affordable emergency psychotherapeutic assistance to parents of children with autism in crisis situations.

Keywords: suicidality, suicide, murder-suicide, mothers of ASD children, autism

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Бородина Л.Г. Особенности суицидальности у матерей детей с аутизмом. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 41-52. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-41-52](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-41-52)

For citation: Borodina L.G. Suicidality in mothers of autistic children. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 41-52. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-41-52](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-41-52)