КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДОВ

A.A. Мазуренко

Алтайский государственный университет

Научный руководитель – М. И. Черепанова, к. пед. н., доц.

 Основные концепции, объясняющие суицидальное поведение, можно условно разделить на три группы: социологическую, психопатологическую и социально-психологическую.

 В рамках *социологического подхода*декларируется связь между суицидальным поведением и социальными условиями. В основе подобных взглядов лежит учение Э.Дюркгейма об «аномии» — нарушении в ценностно-нормативной системе обществ. Дюркгейм отмечал, что количество самоубийств в обществе определяется «коллективными представлениями» как особыми фактами социальной жизни, которые определяют индивидуальные видения мира (ценности, моральные нормы). Например, коллективная связь, сплоченность общества в этом смысле задерживают самоубийства. Когда сплоченность общества ослабевает, индивид отходит от социальной жизни и ставит свои личные цели выше стремления к общему благу, что может стать причиной решения уйти из жизни.

 Известно, что экономические кризисы обладают способностью усиливать наклонность к самоубийству. Соотношение между экономическим состоянием страны и процентом самоубийств является общим законом. Например, за внезапным увеличением числа банкротств обычно следует рост числа самоубийств.

 Современные исследователи самоубийства как социального явления выделяют в качестве важного фактор развития религиозного сознания общества. Вера, особенно ислам, существенно снижает вероятность суицидального поведения. В религиозной этике самоубийство расценивается как тяжкий грех, что накладывает нравственный запрет на суицидальное поведение верующего человека. В христианских государствах сегодня наблюдается либерализация общественного отношения к самоубийствам. Все более серьезно обсуждается возможность эвтаназии — добровольного ухода из жизни при помощи врача. В 2002 г. в Голландии (впервые в истории человечества) принят закон, регулирующий эвтаназию.

 Существенным оказывается семейное влияние. Так, наличие самоубийств в истории семьи повышает риск возникновения суицида. Кроме того, личностные особенности родителей, например депрессивность, могут выступать фактором суицидальной динамики.

 *Психопатологический подход* рассматривает суицид как проявление острых или хронических психических расстройств. Предпринимались, но оказались безуспешными попытки выделения самоубийств в отдельную нозологическую единицу — суицидоманию. Несколько схожую позицию выражает взгляд на суицидальное поведение как пограничное состояние. А. Е. Личко пишет: «Суицидальное поведение у подростков — это в основном проблема пограничной психиатрии, т.е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера». По наблюдению автора, лишь 5 % суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии — 20—30 %, а все остальные на так называемые подростковые кризы.[1, с.25]

В целом статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами не выявлена. Тем не менее, для некоторых патологических состояний и расстройств суицидальный риск выше, например для острого психотического состояния и для депрессии. Депрессия наиболее часто упоминается в связи с суицидами, что определяет необходимость ее более пристального рассмотрения.

 Дополнительно к соматическим называются психологические признаки: снижение самооценки; беспричинное чувство самоосуждения; чрезмерное и неадекватное чувство вины; повторяющиеся мысли о смерти, суицидальное поведение; нерешительность. Другим часто встречающимся симптомом, причиняющим серьезное беспокойство человеку, является нарушение ясности или эффективности мышления, иногда настолько выраженное, что может быть принято даже за органическую деменцию. Депрессивное состояние, таким образом, кроме субъективно плохого настроения имеет выраженные соматические проявления, сниженную самооценку, нарушения мышления.

Несмотря на имеющую место, хотя и неоднозначную, связь суицидального поведения с психическими расстройствами (преимущественно — аффективными нарушениями), большинство авторов в настоящее время считают, что суицидальные действия могут совершать как лица с психическими заболеваниями, так и здоровые люди. В первом случае речь должна идти о проявлениях патологии, требующей преимущественно медицинского вмешательства. Во втором случае можно говорить об отклоняющемся поведении практически здорового человека в ответ на психотравмирующую ситуацию, что предполагает оказание срочной социально-психологической помощи.

 *Социально-психологические концепции о*бъясняют суицидальное поведение социально-психологическими или индивидуальными факторами. Прежде всего, самоубийства связываются с потерей смысла жизни. В.Франкл указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения.

 А.Г. Амбрумова и ряд других исследователей расценивают суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта.

Социально-психологическая дезадаптация, как несоответствие организма и среды, может проявляться в разной степени и в различных формах. Автор различает лимитирующую (непатологическую) и трансформирующую (патологическую) дезадаптацию. Каждая из этих форм может быть парциальной (частичной) и тотальной (всеобщей).

 В условиях экстремальной ситуации личности неодинаково перестраивают свою приспособительную тактику. Наиболее устойчивые из индивидов за счет пластичности и резервов сохраняют прежний общий уровень адаптации. Другая группа людей характеризуется временным снижением уровня, но без слома основных направлений адаптации [4, c.247]

 Объективные причины и субъективные переживания могут не соответствовать друг другу. Дезадаптация — лишь одно из условий возможного суицида. Рассматривая социально-психологическую дезадаптацию в динамике, ведущей к суициду, автор выделяет две фазы: предиспозиционную и суицидальную. Предиспозиция (наличие дезадаптации) не служит прямой детерминантой суицидального поведения.Решающее значение для перехода ее в суицидальную фазу имеет конфликт, переживаемый личностью. Конфликт может носить межличностный или внутриличностный характер. В том и другом случае он образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую — тенденция, препятствующая ее удовлетворению. Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит, и от системы резервных адаптационных механизмов. Конфликт, превышающий порог дезадаптации личности, является кризисным. Таким образом, в условиях предиспозиционной дезадаптации и невозможности реальным способом изменить конфликтную ситуацию единственной реакцией, подменяющей собой все другие действия, оказывается суицид как способ самоустранения от всякой деятельности [3, c.84]

 В рамках социально-психологического подхода также широко представлены работы, изучающие связь между личностными особенностями и суицидальным поведением. Распространено мнение, что тип девиации, например насильственная или самодеструктивная, определяется складом личности. А.Е. Личко отмечает связь между типомакцентуации характера подростка и суицидальным поведением. Так, суицидальные демонстрации в 50 % случаев сочетаются с истероидным, неустойчивым, гипертимным типами, а покушения — с сенситивным (63 %) и циклоидным (25 %) типами. Е.И. Личко отмечает чрезвычайно низкую суицидальную активность шизоидов. В.Т. Кондрашенко, напротив, приводит данные в пользу шизоидного, психастенического, сенситивного, возбудимого и эпилептоидного типов. Авторы сходятся во мнении, что практически не склонны к покушениям и суицидам астенический, гипертимный, неустойчивый типы подростков.

Обзор теорий, проливающих свет на детерминацию и характер суицидального поведения, позволяет сделать вывод о сложности, полиэтиологичности данного явления. Тем не менее можно выделить некоторые факторы риска суицидального поведения личности:

· предшествующие попытки суицида (данного человека);

· семейная история суицида;

· кризисная ситуация (неизлечимая болезнь, смерть близкого человека, безработица и финансовые проблемы, развод);

· семейный фактор (депрессивность родителей, детские травмы, хронические конфликты, дисгармоническое воспитание);

· эмоциональные нарушения (прежде всего депрессия);

· психические заболевания (алкоголизм, наркомания, шизофрения);

· социальное моделирование (демонстрация суицида СМИ, их изображение в литературных произведениях — «эффект Вертера»).

Кроме того, выделяются следующие группы риска: молодежь, пожилые люди, сексуальные меньшинства, военнослужащие, ветераны войн и военных конфликтов, врачи и представители некоторых других профессий. [2, с.5]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

.

1. Мозговая, А. В. Социология риска: возможности синтеза теории и эмпирического знания/ А. В. Мозговая // Риск в социальном пространстве / под ред. А. В. Мозговой. - М.: Изд-во Института социологии РАН, 2001. - С. 13-37

2. Морозов, П.В. Суицидальность при депрессии: влияние генетических факторов и антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия, Том 12, №1 – 2010 – С. 4-7

3. Мягков, А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств//Социологические исследования (СОЦИС).– 2004.-№12. - С.83-91

4. Черепанова М.И. Региональная специфика латентных суицидальных рисков населения Алтайского края (статья)// Известия АтлГУ. Серия «Философия, социология, культурология».-2011.-№2/2.-С.246-249