

УДК 159

Таранова Валерия Алексеевна

студентка кафедры психологии,

Российская академия народного хозяйства

и государственной службы при Президенте Российской Федерации

ler.taranowa2013@yandex.ru

Valeriy A. Taranova

A student of the Department of Psychology,

Russian Academy of National Economy and Public Service

Under the President of the Russian Federation

ler.taranowa2013@yandex.ru

Суицид как аутоагрессия

Suicide as autoaggression

***Аннотация.** Конфликтология как научное направление в настоящее время находится на стадии развития, однако требуется осмысление огромного эмпирического материала, систематизация теоретических положений, экспериментальная проверка ряда положений.*

В статье аутоагрессивное поведение, суицид, в частности, рассматривается в рамках конфликтологии. Актуален вопрос распространенности суицидов, составляющих такого поведения, а также, меры профилактики и этапы работы с лицами с аутоагрессивным поведением. Причины самоубийства рассмотрены в статье с разных точек зрения: от нейропсихологической до социальной.

***Ключевые слова:** аутоагрессия, суицид, конфликт, антисуицидальные факторы.*

***Annotation.** Conflictology as a scientific direction is currently in the development stage, but it is necessary to understand a huge empirical material, systematize theoretical provisions, experimental verification of a number of provisions. In the article, auto-aggressive behavior, suicide in particular, is considered within the framework of conflict management. The issue of the prevalence of suicides that make up such behavior, as well as preventive measures and stages of work with persons with autoaggressive behavior, is relevant. The reasons for suicide are considered in the article from different points of view: from neuropsychological to social.*

***Key words:** autoaggression, suicide, conflict, anti-suicidal factors.*

Конфликт - важная составляющая социально-психологических проблем, но, несмотря на постоянно растущее число исследований в этом направлении, она остается во многом неразрешенной. Существуют различные взгляды на природу конфликтов и их социальную роль.

Конфликтология как научное направление в настоящее время находится на стадии развития, однако требуется осмысление огромного эмпирического материала, систематизация теоретических положений, экспериментальная проверка ряда положений.

Актуальность изучения темы аутоагрессивного поведения как одного из видов конфликтного поведения обусловлена тем, что в современном обществе наблюдается усиление напряженности, агрессивности, конфликтности в поведении людей. Социальная ситуация развития часто способствует проявлению деструктивных тенденций в поведении. Однако спектр их действий достаточно широк, а в ситуации конфликта он чрезвычайно сужается, что определяет логику особенностей конфликтного поведения. И, зачастую, локус направленности сменяется с внешнего на внутренний, тем самым, порождая такой феномен аутоагрессивного поведения, как суицид.

Распространенность суицида, несмотря на представление о том, что это редкость, довольно высока. Так, 1000000 человек в мире ЕЖЕГОДНО совершают суицид, который приводит к смерти, при этом, число людей, которые совершают попытки суицида, которые не оканчиваются смертью суицидента, в несколько десятков раз больше. Сложность расчета статистических данных состоит в том, что получить информацию о суициде практически невозможно. Часто такая информация утаивается ввиду социального давления или в силу закона о неразглашении персональных данных или врачебной тайны в психиатрической больнице или реанимации [2]. К примеру, официальные статистические данные говорят о том, что за последние 20 лет число человек, умерших после суицидальной попытки, уменьшилось более чем в 3 раза, однако, эти данные объясняются изменением законов о конфиденциальности[7].

Суицид занимает первое место среди причин насильственной смерти в мире, самоубийств происходит в два раза больше, чем убийств. Суициды определяют $\frac{1}{2}$ насильственных смертей мужчин и 71% смертей женщин в мире, а среди причин смерти лиц 15–29 лет у суицидов второе место[3]. Все эти цифры говорят о безусловной актуальности темы суицида как аутоагрессивного поведения.

Портрет лиц, совершающих суицидальные попытки, как правило, не обходится без какого-либо медицинского диагноза. Психически больные люди только в 20% случаев совершают самоубийство; 65% — это пациенты, у которых уже после экспертизы было диагностировано пограничное психическое расстройство: невротические состояния, депрессивные состояния. И 15% — это психически здоровые люди, так называемая условная норма. Важно сказать, что не зря эта норма называется условной. Как правило, это состояния с минимальными дисфункциями, которые либо сложно диагностировать, либо они только предшествуют заболеванию, есть только риск развития. Например, это акцентуации характера, особенности нервной системы и темперамента, стрессовые расстройства и так далее[4]. По мнению психиатров кризисных отделений психиатрических больниц (в

том числе, ПКБ №1 им. Алексеева), полностью здоровый человек не может совершить суицидальную попытку.

Самоубийство – это не единый акт, это процесс, который включает в себя стадии и определенные их составляющие. Так, выделяют две основных фазы: пресуицидальную и суицидальную. Первая – это подготовка к суициду, факторы, способствующие возникновению такого феномена у человека. Вторая – это, так называемая, суицидальная активность, то есть, мысли, планы действий суицидального характера, сами действия.

Личностный смысл суицидов играет важную роль и отличается у разных людей в зависимости от психологических особенностей и социальной ситуации. Выделяют несколько видов:

Суицид как протест - человек выражает протест, возражение, несогласие со сложившимися обстоятельствами внешней среды. В личности преобладают механизмы трансформации агрессии в аутоагрессию.

Суицид как призыв - смысл в случаях состоит в призыве окружающих к изменению несправедливых обстоятельств во внешней среде, к сочувствию и помощи в разрешении личных проблем. Характерен для людей с инфантильным складом личности, в том числе, для подростков.

Суицид как избегание - смысл суицидального поведения заключается в избегании угроз, неизбежных страданий и мук, потерь и неблагополучия. Часто встречается у людей со стрессовым расстройством после оглашения тяжелого соматического диагноза.

Суицид как самонаказание - смысл заключается в наказании себя за определенный поступок, не обязательно человек действительно в нем виноват, достаточно того, что суицидент чувствует себя таковым.

Суицид как отказ - смыслом суицидального поведения является бессилие перед обстоятельствами, отказ от существования в невыносимой ситуации, мир мыслится несправедливым, в котором зло превалирует над добром. Важно отдельно сказать о том, что суициды делят на истинные (которые изначально мыслятся, как способ уйти из жизни, их логичное завершение для человека – смерть) и демонстративные (смысл которых заключается в самом процессе суицидальных действий, которые совершаются либо на виду у всех, либо суицидент заранее сообщает о своих намерениях, смерть не является конечной целью).

Наиболее остро стоит вопрос причин суицидов. Сегодня большинство ученых, придерживаются биопсихосоциальной модели, которая включает в себя биологические факторы, психологические и социальные. Начнем с биологических факторов. Они стали изучаться относительно недавно и представляют значительный интерес, потому что всегда считалось, особенно в отечественной психиатрии, что самоубийство — это социально-психологическая дезадаптация в условиях переживаемого конфликта по классическому определению, которое дает профессор Амбрумова, основатель отечественной суицидологии. Сейчас, даже исходя из этого определения, ищут биологические predispositions суицида.

Что же мы можем по этому поводу сказать?

Во-первых, генетические факторы. Действительно, существуют генетические данные о том, что родственники самоубийцы первой степени родства в 4 раза чаще совершают самоубийство, то есть, чаще склонны к поведению такого рода. Близнецовые исследования: монозиготные близнецы в 20 раз чаще совершают самоубийства: если один из близнецов совершил, то у второго, по статистике, риск в 20 раз увеличивается. Дизиготные близнецы: по разным данным, до 4% увеличивается риск суицидального поведения.

Во-вторых, биохимические факторы находят у пациентов, которые совершили попытку самоубийства, но остались живы. При изучении их биохимии находят увеличение обратного захвата серотонина, в первую очередь, в лобных долях головного мозга. Интересно, что, когда нейропсихолог проводит нейропсихологическое тестирование пациентов, которые совершили самоубийство, он находит определенный дефицит в функциях лобных долей мозга, то есть, психика самоубийцы работает немного по-другому[6].

Есть типология суицидов в самом общем виде. Например, пациенты, которые совершают импульсивный суицид — при столкновении с каким-то сильным стрессом бросаются в окно или царапают себя, царапают себе руки очень импульсивно. Оказывается, что у них дефицит по нейропсихологическим тестам, и это совпадает с данными функциональной МРТ — дефицит в орбитальных зонах лобных долей мозга. А вот у пациентов, которые долго планируют самоубийство, оказывается дефицит функций дорсолатеральной префронтальной коры. О чем это говорит? О том, что люди вследствие наличия у них дефицита дорсолатеральной префронтальной коры не могут найти различные варианты решения своей проблемы, потому что повреждение этой зоны мозга связано с формированием ригидности. Люди застревают в своем негативном состоянии и не могут найти решение. Наоборот, здоровые люди, у которых эти зоны мозга сохранены, могут найти варианты решения.

Социологические причины самоубийств можно рассмотреть на примере подхода Эмиля Дюркгейма, который выделял 4 типа суицидов: эгоистический, аномический, альтруистический и фаталистический[1].

Эгоистическое самоубийство возникает на почве социальной разобщенности, одиночества, социальной тоски.

Аномические самоубийства связаны с периодами крупных общественных потрясений, кризисов, когда человек не может адаптироваться к новым социальным условиям жизни.

Альтруистическое самоубийство связано с выполнением определенных ритуалов, обычаев, когда человек приносит себя в жертву (в древности это были самосожжения жен после смерти мужей, самоубийства рабов после смерти хозяина и т.д.).

Фаталистические самоубийства вызваны необходимостью выполнять требования жесткой дисциплины, регламентации поведения. Это - действие в

условиях отсутствия выбора его варианта. Смысла жертвы ради кого-то в этом типе нет.

Что же касается психологических факторов риска совершения суицида, то к ним относятся конфликты, фрустрация, низкая толерантность к психическим нагрузкам, черно-белое мышление (так называемое, дуалистическое мышление), недостаточно развитые коммуникативные способности, неадекватная самооценка, малое количество копинг-стратегий, примитивные механизмы психологической защиты (отрицание, избегание и другие первичные защиты).

Так, конфликты в сочетании с недостаточно развитыми коммуникативными способностями приводят человека к мысли о невозможности разрешения сложившейся социальной ситуации. Недостаточная толерантность к психическим нагрузкам делает этот факт поводом отказаться от жизни. Малое количество копинг-стратегий неизбежно приводит к накоплению негативных реакций окружающего социума на индивида либо к накоплению проблемных ситуаций в профессиональной или бытовой сфере.

Отрицание или избегание усугубляет сложившиеся обстоятельства тем, что данные механизмы защиты делают невозможным осознание причин проблем для человека, но не устраняют негативных последствий.

Черно-белое мышление опасно тем, что человек видит только радикальные полюса в спектре возможных решений накопившихся проблем.

Все эти факторы увеличивают риск суицида. Особенно опасны они для подростков, которые находятся в кризисе взросления и не всегда адаптированы к новым социальным и психологическим условиям в силу особенностей формирования психических новообразований, таких, как самоконтроль, способность предвидеть результаты своего поведения, планирование действий.

Безусловно, стоит сказать об особой группе риска – о тех, кто страдает зависимостями, а также, о зависимых подростках. Алкогольная, наркотическая, токсическая и даже нехимическая зависимость увеличивают риск суицида в несколько раз.

К антисуицидальным факторам, то есть, к тем, которые способствуют снижению риска суицида, относят: привязанность, любовь, чувство долга, религия, представления о неиспользованных жизненных возможностях, обязанности по отношению к другим, творческие способности, страх боли, эстетические представления о смерти[5].

Привязанность и любовь могут иметь место жизни не обязательно по отношению к людям. Например, привязанность быть направлена на домашних животных, также может быть любовь к профессии.

Чувство долга актуализируется по отношению долга перед Родиной, перед родителями, перед обществом, это мощный антисуицидальный фактор для людей, которые когда-то имели прочные связи с разными группами (коллегами или однокурсниками) или участвовали в общественной жизни (состояли в партии, участвовали в митингах, занимались волонтерством).

Религиозные представления, несмотря на религиозную принадлежность, свойственны многим людям. Часто факт греховности суицидального акта останавливает даже атеистов или агностиков. Это объясняется существованием в массовой культуре прочных установок, которые на бессознательном уровне транслируются от поколения к поколению. Это позволяет использовать установку в жизнесохраняющих психологических интервенциях.

Представления о неиспользованных жизненных возможностях актуальны для деятельных в обычной жизни людей, для тех, кто имеет увлечения или планы, но не верит в их осуществимость. Здесь работа психолога и конфликтолога состоит в актуализации ресурсов на осуществление задуманного и реализацию перспектив. Типичным этот прием является также для молодежи и подростков.

Обязанности по отношению к другим могут проявляться, как необходимость ухаживать за родителями или воспитывать малолетнего ребенка. Часто человека удерживает от суицида представление о том, что так он сделает хуже своим родственникам, которые находятся на его попечении.

Страх боли как врожденный страх проявляется часто на этапе планирования суицида, когда человек рассматривает безболезненные способы уйти из жизни. Задача конфликтолога и психолога в этом случае носит информационный характер и заключается в том, чтобы донести информацию о том, что боль будет присутствовать в любом случае, рассказать о статистике незавершенных травматичных суицидов, при которых боль преследует человека после тяжелых повреждений на протяжении всей жизни.

Эстетические и романтические представления о смерти характерны для подростков. Как правило, такое понимание самоубийства возникает после просмотра кинофильмов, в которых нередко присутствует художественное изменение реального положения дел. Демонстративность суицидов, которая свойственна этой категории, не терпит отсутствия эстетики, поэтому информационный характер консультации нередко оказывает профилактическое воздействие на планирующих суицид подростков.

К профилактике суицидов относят включенность в социальную и микросоциальную среду, психическое и соматическое здоровье, психологическую зрелость индивида. Профилактика суицидов неспецифична и является целым комплексом мероприятий, который осуществляется на протяжении длительного срока.

Итак, распространенность суицидов подтверждает актуальность темы, которая находится в междисциплинарном пространстве и изучается с точки зрения конфликтологии, биологии, психологии, социологии и статистики. Межсистемный подход к проблеме самоубийств позволяет не только всесторонне изучить феномен, но и обратиться к выявлению и профилактике суицидов, что является первостепенной задачей на сегодняшний день в области суицидологии.

Литература

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. с фр. сокр. М.: Мысль, 1994. 399 с
2. Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная документация суицидологического учета // Суицидология. 2012. Т. 3, № 1. С. 3–7.
3. Любов Евгений Борисович, Чубина Софья Александровна Статистика суицидов в мире: корни и Крона. Комментарии к статье С. Хелама, Я. Холопаинен, Т. Партонен // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. №2.
4. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992–2010 гг. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2013. № 9. С. 4–13.
5. Предупреждение суицидов: глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 102 с
6. Рахимкулова А.С. Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рисковому и суицидальному поведению // Суицидология. 2017. №1.
7. Россия в цифрах. 2019: Крат.стат.сб./Росстат- М., 2019 - 549 с.

Literature

1. Durkheim E. Suicide: Sociological sketch. Lane from fr. abbr. M.: Thought, 1994. 399 s
2. Zotov P.B., Ryakhina N.A., Rodyashin E.V. Suicidological register: methodological approaches and primary documentation of suicidological accounting//Suicidology. 2012. T. 3, NO. 1. C. 3-7.
3. Lyubov Evgeny Borisovich, Chubina Sofya Alexandrovna Suicide statistics in the world: roots and Krona. Comments on the article by S. Helam, J. Holopainen, T. Partonen//Social and clinical psychiatry. 2016. №2.
4. Mitikhina I.A., Mitikhin V.G., Yastrebov V.S., Limankin O.V. Mental health of the population of the Russian Federation in the period 1992-2010 .//Zhurn. neuropathology and psychiatry named after S.S. Korsakov. 2013. № 9. C. 4-13.
5. Suicide prevention: a global imperative. Geneva: WHO, 2014. 102 s
6. Rakhimkulova A.S. Neuropsychological features of adolescence that affect the tendency to risk and suicidal behavior//Suicidology. 2017. №1.
7. Russia in numbers. 2019: Crat.stat.sb ./Rosstat- М., 2019 - 549 s.