СУИЦИДОЛОГИЯ

учебно-методическое пособие

Маликова Т.В., Пирогов Д.Г. Суицидология. Учебно-методическое пособие. СПб.: Издание СПб ГПМУ, 2012. - с.

Рецензенты:

Горьковая И.А.

Исаев Д.Д.

В пособии раскрываются основные понятия, связанные с суицидальным поведением, рассматриваются исторические, философские и культуральные аспекты суицида, анализируются мотивы и причины лишения себя жизни. Даются рекомендации по оценке и диагностике суицидального риска. Рассматриваются особенности консультативной работы с суицидальным клиентом, ближайшим окружением суицидента и супервизии специалистов.

Учебное пособие рекомендовано клиническим психологам, врачам, социальным работникам, педагогам и прочим специалистам сферы помогающих профессий.

Содержание

Введение в проблему
Глава 1. Суицидология общие понятия, терминология
Глава2. Статистика суицидов
Глава 3. Исторические, культурологические и философские аспекты отношения к самоубийству
Глава 4. Концепции формирования суицидального поведения
Глава 5. Характеристика суицидального поведения
Глава 6. Психологическое консультирование суицидальных клиентов и лиц, работающих с ними
Приложение 1. Психологическая диагностика суицидального поведения
Приложение 2. Глоссарий
Рекомендуемая литература.

Введение в проблему

Суицид, т.е. осознанное лишение себя жизни, как феномен проходит через всю известную историю человечества. Первые данные о суицидальном поведении и отношению к нему в обществе имеются уже в древнеегипетских источниках. Современные статистические данные говорят о том, что проблема суицидального поведения остается крайне актуальной и в наши дни. При этом особое внимание стало уделяться такому явлению, как подростковые и детские суициды.

В современной России в связи с бурными социальными событиями, неблагополучным положением довольно большого количества населения, недостаточной доступностью психологической помощи, отсутствием специальных программ по превенции и пр. количество завершенных суицидов остается так же высоким. Казалось бы, написано достаточно много литературы, проведено множество исследований на тему причин, мотивов, возможностей коррекции суицидального поведения, однако во всем мире не наблюдается тенденции к снижению статистики по суицидам. Это можно объяснить так же и тем, что довольно большой процент специалистов (врачей, психологов, социальных работников и пр.) вольно или невольно избегают данной темы в своей работе. Однако существуют данные, что, при проведении профилактических программ по информированию населения и специалистов о проблеме суицидов и депрессивных состояний, происходит значительное снижение уровня самоубийств.

На отношение к суициду в обществе большое влияние оказывают так называемые мифы о суициде. А.Н. Моховиков [32] приводит следующие мифы, не позволяющие взглянуть на проблему суицида объективно и беспристрастно:

1– й миф: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание. Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

2–й миф: человек совершает самоубийство без предупреждения. Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

3–й миф: склонность к самоубийству наследуется. Склонность к самоубийству не передается генетически.

4–й миф: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества – среди политиков, писателей, артистов и т. п. Известно, что суицид совершают люди всех

социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

5–й миф: все суицидальные личности страдают психическими расстройствами. Не все люди, совершающие суицид, психически больны. Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

6– й миф: разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни. Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной. Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

7– й миф: если человек совершил суицидальную попытку, значит, он всегда будет суицидальной личностью, и в дальнейшем это обязательно повторится. Суицидальный кризис обычно носит временный характер. Если человек получает помощь (психологическую и другую), то он, вероятнее всего, сможет решить возникшие проблемы и избавиться от мыслей о самоубийстве.

8– й миф: люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить. Подавляющее большинство людей с суицидальными намерениями скорее стремятся избавиться от непереносимой душевной боли, нежели действительно хотят умереть.

9– й миф: мужчины пытаются покончить жизнь самоубийством чаще, чем женщины. Женщины совершают суицидальные попытки приблизительно в 3 раза чаще, чем мужчины. Однако мужчины убивают себя приблизительно в 3 раза чаще, чем женщины, поскольку выбирают более действенные способы, оставляющие мало возможностей для их спасения.

10– й миф: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

11– й миф: человек может покончить с собой под воздействием обстоятельств даже в хорошем расположении духа. Мысли о самоубийстве, как правило, рождает депрессивное

12– й миф: не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом. Зависимость от психоактивных веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может

привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

13– й миф: суицид – редкое явление. Суицид входит в число десяти основных причин смерти (для детей и юношества это одна из основных причин). Суицидальные попытки совершают 1 из 250 человек. Фактически число суицидальных попыток может быть и гораздо больше, так как некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

14-й миф: Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить. Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.

Глава 1. Суицидология: общие понятия, терминология.

Термин «*суицидология*» («сюисюдология») появился в русской научной литературе в конце XIX в. (Розанов П. Г., 1891), а на западе, по данным одного из виднейших суицидологов современности Э. Шнейдмана,— только в 1929 г. (Shneidman E. S., 1971). Реальное становление суицидологии как комплексной междисциплинарной науки по изучению суицидального (и в более широком понятии — аутодеструктивного) поведения произошло в середине XX в. *Суицидология* — наука, изучающая теоретический и практический аспекты аутоагрессивной (суицидальной) активности человека. Суицидология интенсивно развивающаяся область теоретических и практических знаний, использующая достижения многих научных дисциплин и активно взаимодействующая с ними (психиатрией, психологией, юриспруденцией, социологией и другими науками).

Суицид - (лат., sui — себя, caedo — убивать). *Самоубийство* — осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти. Являются реализацией желаемых изменений с учетом знания о возможности достижения смерти и ожиданием смертельного исхода в результате подобных действий. В отношении к психически больным, страдающим эндогенно-процессуальными заболеваниями (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), данный термин может быть применен только в том случае, если больной, совершая самоубийство, мог отдавать себе отчет о совершаемых действиях и руководить ими (например, в состоянии ремиссии).

В основе суицидального поведения лежит *аутоагрессивное поведение* — действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Агрессия и аутоагрессия имеют единые патогенетические механизмы,

соотносимые по типу «клапанного взаимодействия», когда сформировавшееся агрессивное поведение может направляться либо на окружающих, либо на себя.

Выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения (Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г., Ратинова Н. А. и др. 1990) [2,3,4,5]:

— суицидальное поведение: осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни;

— суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение: неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому (психическому) саморазрушению или к самоуничтожению;

— несуицидальное аутоагрессивное поведение: различные формы умышленных самоповреждений (самоотравлений), целью которых не является добровольная смерть (заведомо неопасные для жизни).

Как аутоагрессивное поведение рассматривается и осуществление аутоагрессивных действий под воздействием психопатологических переживаний (бред, галлюцинации) психически больными, находящимися в состоянии психоза.

Суицидальное поведение рассматривается как любые внутренние и внешние формы поведения, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

К внешним формам поведения относятся непосредственные действия суицидента направленные на осознанное лишение себя жизни – суицидальные попытки и завершенный суицид**.** *Суицидальная попытка* - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели. *Завершенный суицид* - действия, завершенные летальным исходом.

Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, замыслы и намерения. Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти (но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия), например: "хорошо бы умереть", "заснуть и не проснуться". *Суицидальные замыслы* - это более активная форма проявления суицидальности. Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства. *Суицидальные намерения* появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент - решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется *пресуицидом.* Длительность его может исчисляться минутами (острый

пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. При острых пресуицидах последовательность не обнаруживается и можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же [14].

В начале формирования суицидального поведения лежат антивитальные переживания, характеризующиеся размышлениями об отсутствии или отрицании ценности жизни. На данном этапе еще нет представлений о собственной смерти. Следующей ступенью развития суицидального поведения является идеализация смерти и суицида, представляющаяся в виде пассивных суицидальных фантазий на тему собственной смерти без каких-либо попыток осуществить это в реальности. Третьим периодом формирования суицидального поведения являются суицидальные замыслы. Индивид начинает разрабатывать способы возможных вариантов самоубийства, по мере этих разработок растет тенденция к совершению суицида, завершающаяся представлениями конкретного плана самоубийства – суицидальные намерения. На четвертом этап к суицидальным намерениям присоединяется волевой компонент и внутреннее суицидальное поведение переходит во внешний план. Суицидент готов реализовать свои замыслы.

Стадии формирования суицидального поведения по Амбрумовой А.Г., и Тихоненко В. А., (1980) [5] подразделяются на:

— суицидальная предиспозиция: проявляется такими особенностями личности как тревожно-депрессивный радикал, импульсивность, интерперсональная зависимость, фрустрация потребностей со стремлением к ее ликвидации;

— латентный пресуицид: период времени, когда личность находится в состоянии социально-психологической и психической дезадаптации и одновременно пребывает в «мотивационной готовности» к суицидогенезу, при этом оформленные признаки суицидальной активности отсутствуют. Характеризуется незначительными изменениями в поведении (повышенной тревожостью, изменениями настроения, нарушениями в общении, асоциальными поступками, алкогольными эксцессами), суицидальными фантазиями, периодическими суицидальными мыслями;

— манифестный пресуицид: проявляется постоянными суицидальными мыслями, суицидальными высказываниями; резким изменением поведения, образа жизни; различными формами саморазрушающего поведения;

— острый пресуицид (состояние психологического кризиса, прямая угроза осуществления суицидальных действий): проявляется сверхценным характером

суицидальных мыслей, суицидальными тенденциями; целенаправленным поиском средств осуществления суицидальных действий; прямыми или косвенными «прощаниями» с близкими; неадекватными формами поведения («зловещее» спокойствие, идеамоторная расторможенность, ажитация);

— суицидальные действия (суицидальная попытка или само убийство).

Сам суицид так же содержит две фазы: обратимая фаза - это период когда суицидент или окружающие люди еще могут предотвратить самоубийство и необратимая фаза, предполагающая летальный исход. Временные параметры фаз связаны с намерениями и выбранным способом самоубийства.

Постсуицидальный период — временной промежуток после совершения суицидальной попытки [5]. Выделяют следующие типы постсуицидального периода:

1. По длительности:

— острый (ближайший): в течение первой недели после совершения суицидальной попытки, характеризуется определенным типом постсуицидального периода (смотри пункт 2); окончание соответствует рационализации (осознанию и принятию) суицидогенного конфликта;

— протрагированный (затянувшийся, пролонгированный): начинается через неделю после совершения суицидальной попытки, длится до 2—3 месяцев; окончание соответствует моменту дезактуализации суицидогенного конфликта;

— отдаленный (поздний, реституция): начинается через 2—3 месяца после совершения суицидальной попытки; окончание соответствует полному исчезновению суицидальных проявлений (фактически может включать любой временной промежуток до окончания жизни суицидента);

2. По отношению к суицидальному поведению и актуальности суицидогенного конфликта:

— суицидально-фиксированный: суицидогенный конфликт актуален или диссимулируется; суицидальные проявления сохраняются; положительная трактовка, оценка совершенной суицидальной попытки; вероятность рецидивирования суицидальных действий очень высока;

—аналитический: суицидогенный конфликт актуален, однако суицидальные проявления не сохраняются, критическое, распаивающее отношение к суицидальной попытке; рецидивирование суицидальных действий возможно;

— манипулятивный: при благоприятном для суицидента изменении ситуации выраженность суицидальных проявлений снижается; суицидальная активность сохраняется при нереализации рентных установок;

— критический: суицидогенный конфликт утратил актуальность («обрывающий» эффект суицидальной попытки), суицидальные проявления отсутствуют.

Суициды делятся на три основные группы:

– истинный – направляется осознанным желанием умереть, всегда продуман и практически всегда приводит к летальному исходу;

- демонстративный – не связан с желанием умереть, является способом привлечения к себе внимания. Одной из разновидностей подобного суицида является демонстративно-шантажный. Смертельные случаи в данном суициде являются следствием роковой случайности;

- скрытый – действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. К данному типу можно отнести парасуицид, двухсмысленный и фокальный суицид, аутоагрессивные действия.

Некоторые авторы к суицидальному поведению относят зависимое поведение (в первую очередь от психоактивных веществ и деятельность с высоким риском для жизни).

Выделяют так же групповые формы суицида: индуцированный, парный, ритуальный, расширенный.

В последующих главах рассмотрены виды суицидального поведения в зависимости от основного мотива.

Глава 2. Статистика суицидов.

В большинстве стран мира самоубийство находится среди 10 ведущих причин смерти во всех возрастных группах населения. По официальной статистике в мире каждый год кончают жизнь самоубийством 1 100 000 человек. При этом необходимо отметить, что это лишь официально зарегистрированные случаи суицида. Однако, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) их количество превосходит 4 000 000 человек в год. Количество незавершенных суицидов в год приближается к 19 000 000 (люди, которые обратились за специализированной помощью). Данная цифра является четвертой частью от общего количества всех незавершённых суицидов. Вышеприведённые данные указывают на глобальный характер проблемы суицида. По прогнозу ВОЗ к 2020 году в мире ежегодно будут завершать жизнь самоубийством 1500 000 человек. В каждом регионе мира имеются специфические возрастные и гендерные особенности суицидального поведения в популяции.

По данным ВОЗ Россия входит в группу высокого уровня самоубийств – 21,4 человека на 100 тыс. населения. Динамическое распределение суицидов по годам в России имеет свои особенности, но в целом соотносится с основными изменениями в самом

обществе, подтверждая идеи Дюркгейма и Мертона относительно взаимосвязи социальных изменений и суицидального поведения. Например, в период после гражданской войны число самоубийств возросло, в 1926г. в Москве и Санкт-Петербурге уровень самоубийств на 100 тыс. населения составлял 42 человека среди мужчин и 20 среди женщин. Следующий всплеск суицидов приходится на 1937 и 1947 года, затем наблюдается спад вплоть до 1988 года. Однако, следует отметить, что в СССР медждисциплинарные исследования в области суицидологи были прекращены в начале 30-х годов 20 века. Статистика суицидов стала закрытой, а суицидальное поведение стало рассматриваться исключительно в рамках психической патологии, так как считалось, что «при социализме отсутствуют социальные предпосылки для совершения самоубийств» [44]. Суицидальная статистика стала открытой только к середине 80-х годов 20 века. К 1994 году уровень самоубийств вырос практически вдвое. За последние 20 лет в России покончили жизнь самоубийством 830 тыс. человек, при этом уровень самоубийств снизился почти вдвое – в 1990 году – 39,2 человек на 100 тыс. населения, в 2011 – 21,4 человек. В Москве суицидальный показатель (количество суицидов на 100 тыс. человек) составляет 11, в Питере - 18. В некоторых регионах России (Волго-Вятском, Западно-Сибирском, Восточно-Сибирском, Дальневосточном, Уральском) этот показатель достигает 65-80, в Корякском АО - 133, Республике Коми - 110, Алтайском крае - 102, Удмуртской Республике — 101 на 100 тыс. населения [34,35].

Причины самоубийств довольно разнообразны, зависят от возраста, пола, социального положения и условий жизни конкретного суицидента. ВОЗ насчитывает 800 причин суицидов, к наиболее распространённым относятся:

- неизвестны – 41%;
- страх перед наказанием - 19%;
- душевная болезнь- 18%;
- домашние огорчения- 18%;
- страсти- 6%;
- денежные потери- 3%;
- пресыщенность жизнью- 1,4%;
- физические болезни. - 1,2%.

К числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относятся:

1) потеря любимого человека;

2) состояние переутомления;

3) уязвленное чувство собственного достоинства;

4) разрушение защитных механизмов личности в результате употребления психоактивных веществ;

5) отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;

6) различные формы страха, гнева и печали по разным поводам [21].

Способы суицида довольно разнообразны и зависят от региона проживания суицидента. ВОЗ насчитывает 80 способов ухода из жизни, среди которых выделяются наиболее часто используемые [34]:

1. Самоповешение.
2. Самоудавление.
3. Самоутопление.
4. Самоотравление.
5. Самосожжение.
6. Самоубийство с помощью колющих и режущих предметов.
7. Самоубийство с помощью огнестрельного оружия.
8. Самоубийство с помощью электрического тока.
9. Самоубийство с помощью использования движущегося транспорта или движущихся частей механизмов.
10. Самоубийство при падении с высоты.
11. Самоубийство с помощью прекращения приема пищи.
12. Самоубийство переохлаждением [37].

Сезонность и время совершения суицида так же имеет свои особенности, так 60% всех суицидов приходится на весну и лето. В течении суток наибольший риск суицидов приходится на вторую половину дня – 44%, первая половина дня – 32%, ночь – 24%.

Количество самоубийств среди городских жителей значительно выше, чем в сельской местности [38]. Однако, существуют исследования, которые говорят об обратном. В частности, Л.Н. Юрьева [43] утверждает, что в Украине сельские жители в полтора раза чаще совершают суицид, чем городские.

Половозрастные характеристики суицидентов представлены следующим образом. Количество **завершенных суицидов** среди мужчин в 4 раза превышает процент завершенных суицидов среди женщин, с возрастом эти различия увеличиваются в 6-9 раз. Незавершенные суициды в большей степени характерны для женщин. Женщины более часто используют самоотравление, мужчины склонны к методам с более вероятным летальным исходом. Мужчины также с меньшей вероятностью обращаются за психиатрической помощью, что могло бы предотвратить суицид.

Вероятность летального исхода возрастает с возрастом суицидента. В старшей возрастной группе (от 60 лет) суицидальное поведение может быть обусловлено наличием хронического заболевания, которое часто сопровождается депрессивной симптоматикой. Одиночество так же является индикатором риска суицидального поведения, особенно риск повышается в течение первого года после утраты у супругов, потерявших свои половины. Рост показателя суицидального поведения, по данным финских и французский исследователей, характерен для лиц, проживающих в домах престарелых.

В детском и подростковом возрасте можно наблюдать обратную картину соотношения суицидального поведения в соответствии с полом, девочки в 2 раза чаще мальчиков демонстрируют суицидальное поведение.

Отдельно хотелось бы отметить, что риск суицида повышен у людей, которые работают в сфере человек-человек (медицинский персонал, врачи, педагоги, психологи, социальные работники и др.) и лиц, занимающихся творчеством.

Зависимое поведение как фактор развития суицидального поведения. Смертность среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, в 4 раза выше. Половина всех случаев связана с насилием, другая половина приходится на самоубийства. Продолжающиеся в настоящее время исследования показывают, что частота суицидов среди страдающих от алкоголизма составляет 7%, однако, по данным ретроспективных исследований эта величина составляет 15-20% (Wasserman 2001). В Финляндии 34% совершаемых за год самоубийств связано с алкоголизмом и 9% — с бытовым пьянством (Lonnqvist 2001). Наркомания, как правило, связываемая с агрессивными действиями, насилием и преступностью, опасна также и в отношении повышения риска суицидальных попыток (Carlsten 2000). Около 7% наркоманов погибает в результате суицида (Wasserman 2001) [27].

Прощальные записки оставляет 44% суицидентов, о своих намерениях явно или косвенно сообщает более 80%, 12% суицидентов после неудачной попытки в течение двух лет повторяют ее и достигают желаемого, 80% покончивших с собой имеют опыт суицидального поведения в прошлом, и имели, по крайней мере, одну попытку.

В окружении каждого человека, покончившего с собой, остается в среднем 6 человек, для которых его самоубийство является тяжелой душевной травмой.

Из приведенных данных следует, что причины совершения самоубийств зависят от множества внешних факторов, а потому и рассмотрение причин подобного поведения невозможно без анализа конкретной жизненной ситуации каждого суицидента.

Глава 3. Исторические, культурологические и философские аспекты отношения к самоубийству

Первым дошедшим до нас письменным источником, сохранившим упоминания о суициде, является древнеегипетский «Спор разочарованного со своей душой». Он относится к эпохе Древнего царства (XXI век до н. э.) и был написан неизвестным автором во времена крутой ломки общественных порядков и нравов. «Спор...» проникнут переживаниями покинутости и заброшенности, герой его чувствует себя одиноким в окружающем обществе, в котором ему все чуждо и враждебно. В его строках нет и намека на религиозный страх перед добровольным завершением жизни [37]. Сведения о самоубийстве и самоубийцах мы можем получить так же из плодов творческого отражения мира человеком - мифов. Так, на протяжении тысячелетий, начиная от древнейших времен до наших дней, самоубийство как феномен включалось в самые различные произведения искусства: мифы, поэзию, литературу, живопись, театр, становясь при этом источником, вызывающим эстетические переживания [38]. В мифологии различных народов описывается большое разнообразие самоубийств, которые можно разделить на суициды от неразделенной любви (миф о Дунае и Настасье, древнегреческий миф о Каллирое), как наказание за проступок (Герой-богатырь Ночжа - персонаж древнекитайской мифологии), как героический акт противостояния врагу и т.п.

Отношение к самоубийству на протяжении всего развития человечества носило амбивалентный характер. С одной стороны существовали практики социальноодобряемого суицида, с другой стороны самоубийство резко осуждалось обществом.

Наиболее ярко социальноодобряемые суициды были представлены на ранних стадиях развития общества. Суицид мог приветствоваться, если он идет на пользу племени, роду. В основном суицид здесь представлен как акт ухода слабых и беспомощных, чтобы молодые и здоровые члены рода могли продолжить свое существование. Кельты поощряли самоубийства в тех случаях, когда свободе угрожала опасность. В царство Одина попадали лишь те, кто погиб в бою, женщины допускались лишь те, кто добровольно лишил себя жизни после смерти мужа. В древней Швеции старики, не дожидаясь естественной смерти, бросались со «Скал предков», предпочитая смерть старческому одряхлению. В древней Индии когда отец семейства поседеет и дождется рождения внуков, он должен был удалиться в лес и если смерть не настигнет там его, то он мог ускорить ее путем самоубийства. В Индии и у некоторых славянских племен существовал обычай самосожжения вдов вместе с умершими мужьями.

Отдельного упоминания достойна Японская культура в рассмотрении кодекса Самураев, который диктовал презрение к собственной жизни и приветствовал суицид в случае искупления вины, протеста против несправедливости, сохранения чести. В традициях Японии социальная группа имеет преимущество перед индивидуальностью. Личность одного человека не рассматривается как ценность. Нередко в японской истории этнические традиции способствовали широкому распространению героических суицидов, отражавших пламенный патриотизм, неукротимое мужество и самопожертвование представителей высших сословий общества. Выделяют четыре вида самоубийства, одобряемых в японской культуре:

Ояко-синдзю – парный суицид молодых людей, не имеющих возможности обрести счастья в этой жизни, или суицид матери и детей. Последний объясняется тем, что кроме матери никто не может заботиться о ребенке и если она приняла решение умереть, то она должна забрать детей с собой. Сначала умервщлялись дети, затем мать убивала себя. К данному виду суицида общество относилось с сочувствием и пониманием.

Дзюнси – самоубийство с целью сопутствия в потустороннем мире своему умершему сюзерену, императору, в данном самоубийстве просматривалось достойное желание вечно служить своему господину.

Инсеки-джисатсу – суицид, совершаемый, если некто, с кем человек, так или иначе, связан, подозревается в измене, нарушении законов. Этим поступком суицидент принимает на себя ответственность за сделанное другими.

Возрастные самоубийства - их совершают пожилые семейные пары в случаях тяжелых, неизлечимых заболеваний одного или обоих супругов. Здоровый человек принимает решение убить более немощного, а затем покончить с собой.

При этом одобряемый суицид был строго регламентирован, самоубийцы, совершившие деяние вне соответствующих обстоятельств подвергались проклятию и не могли найти успокоения. К допустимым суицидам относились действия душевнобольных, когда человек не властен в своих желаниях и поступках.

В армянских поверьях души самоубийц превращались в горнапштикнеров - антропоморфных и зооморфных существ, выступающих в виде кошек, собак, волков, медведей, ослов и других животных, которые чаще всего стоят у дорог (особенно около кладбищ) и пугают прохожих, прыгая им на спины, на их лошадей, на арбы. Горнапштикнеры по ночам бродят вокруг домов, а к рассвету возвращаются в свои могилы [38].

В древнекитайской мифологии неуспокоенная душа самоубийцы, не захороненная на родовом кладбище, превращалась в демона гуя. Согласно более поздним народным

представлениям, гуй похож на человека, но он не имеет подбородка, не отбрасывает тени, внезапно становится невидимым, может принимать облик пса, лисицы, других зверей, чтобы завлекать людей и убивать их. Интересно, что при этом даже различался гуй утопленника (шуйцинь-гуй) или гуй повесившегося (дяоцзингуй) [38].

У западных славян существовали женские мифологические персонажи - богинки. Богинки выступают в облике старых безобразных женщин с большой головой, отвисшими грудями, вздутым животом, кривыми ногами, черными клыкастыми зубами. Богинками чаще всего становились души погибших девушек, избавившихся от плода, и женщины-самоубийцы. Места обитания богинок - пруды, реки, ручьи, болота. Ночью или вечером в ненастье они появляются по трое, "затанцовывают" прохожих, заманивают их в воду и топят. При этом, хотелось бы обратить внимание на то, что женщины подвергшиеся насилию и зачавшие в результате ребёнка, могли совершить суицид и это воспринималось обществом нейтрально. Такое отношение в обществе объясняется тем, что оставшаяся в живых женщина и ее ребенок были бы отвергнуты и изгнаны.

Неуспокоенные души самоубийц также могут превращаться в известных славянских мифологических персонажей - упырей. В мифологии народов Европы их называли вампирами. Упырями или вампирами становились "нечистые" покойники - преступники и самоубийцы, умершие преждевременной смертью. Считалось, что их тела не разлагаются в могилах, и прекратить их дела можно было, вбив в тело вампира осиновый кол и обезглавив его.

В древних Фивах самоубийц лишали посмертных почестей и проклинали, в Афинах отсекали руки и хоронили отдельно. Погребение трупов самоубийц носило характер надругательства, при этом мифы, которыми были овеяны посмертные мытарства души самоубийцы, должны были отпугнуть потенциальных суицидентов. Тем не менее, это не сокращало количество лиц, решивших покончить с собой.

Меры воздействия применялись не только к суициденту, но и по отношению к его близким. Так, помимо того, что душа не найдет пристанища после смерти, буде бродить по свету злым духом и беспокоить живых и в первую очередь своих близких, близкие не найдут помощи от окружающих в ситуации самоубийства близких. Родственников самоубийцы клеймили позоров, лишали наследства и т.п. Тем не менее, ни страх перед загробной жизнью, ни ответственность за судьбу близких не останавливала суицидентов в выборе своего пути.

Мировые религии однозначно относятся к суициду как нарушению заповеди «Не убий», указывают на греховность самостоятельного лишения себя жизни. Однако

практически всегда существовали отступления, когда самоубийство благостно богу, одобряется им, происходит во имя бога.

Так в древней Иудее суицид рассматривался как отвержение творческого созидания жизни, и соответственно категорически запрещался Торой, тем не менее, оправдывалось самоубийство во имя веры, при угрозе пленения врагом, при принуждении к идолопоклонничеству, инцесту, убийству. Самоубийство допускалось лицами с «помутившимся рассудком». Коран так же не допускает самоубийство кроме случаев смерти во имя Аллаха и отечества. В буддизме самоубийца не мог рассчитывать на перерождение в образе человека, только животного или голодного демона. Однако направление Хинаяна оправдывает ритуальное самоубийство «Нюдзе» - в виде постепенного отказа от пищи и воды. Христианство приравнивает самоубийство к убийству другого и оправдывало самоубийство в единственном случае, если «указание» поступало прямо от Бога (Тридентский собор 1568г.).

В философской мысли мы так же можем увидеть неоднозначную оценку суицидального поведения. Ряд философов, вне зависимости от времени, религиозных и традиционных представлений, рассматривают самоубийство как крайне негативную форму поведения, противоречащую самой природе человека и замыслу Бога. В основе их воззрений часто лежат религиозные представления, законы государства или собственный взгляд на природу вещей. Так Пифагорейцы (Пифагор ок.580-500до н.э.) рассматривали самоубийство как мятеж против установленной Богами дисциплины окружающего мира, внесение диссонанса и нарушение симметрии. Аристотель указывал, что суицид это проявление трусости и малодушия. В соответствии с государственной политикой своего времени, он причислял самоубийц к разряду преступников и требовал для них наказания в соответствии с убийцами.

В христианской философии мы так же сталкиваемся с примерами крайне негативного отношения к самоубийству. Если Августин Блаженный, о воззрениях которого мы поговорим чуть позже, оставлял «лазейку» суицидентам, то Фома Аквинский осуждает любой суицид, без анализа причин, его побуждающих. Данте Алигьери в Божественной комедии, определяет суицидентов в Ад, не разбирая причин совершения данного поступка.

Один из основателей классической немецкой философии Иммануил Кант характеризовал суицид, как оскорбление человечества, эгоцентрический акт. Самоубийство парадоксально и рассматривается как поражение. Бердяев Н.А. говорил, что самоубийство бессмысленно и бесцельно, человек должен переносить удары судьбы.

Несмотря на представленную крайне отрицательную позицию в отношении самоубийств, можно говорить о том, что ряд представителей философской мысли рассматривали суицид неоднозначно, отрицая и порицая данное поведение, они, тем не менее, разделяли самоубийство на негативное, порицаемое и требующее наказания, и одобряемое. Августин Блаженный выделял группу одобряемых суицидов, совершаемых в соответствии с непосредственным желанием Бога, по его команде. Томас Мор божественную волю заменял на решение сената и духовенства, которые могли вынести решение о самоубийстве человека при предоставлении последним доказательств необходимости совершения подобного поступка.

Карл Великий снижает негативный настрой церкви и общества, выпустив указ о том, над могилой суицидента можно петь псалмы, так как «суд Божий непостижим и пути его неисповедимы».

Рассмотрению подлежит и ряд философов, оправдывающих самоубийство и даже приветствующих его. Эпикурейцы рассматривали суицид не только как возможный, но и желательный. Стоики говорили о самоубийстве как об акте освобождения, особенно если обстоятельства делают жизнь невыносимой или наступает пресыщение. Тацит указывал на свободу в выборе собственной смерти, в том числе и посредством самоубийства. Этого же мнения придерживались Цицерон, Сенека, Петроний Арбитр и др.

Мишель Монтень оправдывал самоубийство тяжелобольных в качестве опасений худшей смерти. Он указывал на то, что человек вправе сам принимать решение о самоубийстве, сравнивая тело человека с любой другой собственностью, которой они распоряжается по своему усмотрению и за этим не следует наказание (в том числе и уголовное).

Дэвид Юм противопоставлял традиционным религиозным взглядам на вопросы самоубийства мысль о том, что суицид не противоречит промыслу Божьему, а элементы, из которых состоит человек, продолжают служить мировому прогрессу. Роберт Нормандский указывал, что убийство тела не затрагивает душу, и после смерти она имеет такие же права, как и у других. Человек вправе отказаться от дара жизни, если он тягостен.

Серен Кьеркегор, Руссо, Вольтер, Монтескье – отстаивали право человека на добровольный уход из жизни. Вольтер активно противостоят посмертному преследованию самоубийцы, осквернению трупов, считая это поведение пережитками древних времен и не достойное современного человека.

Отношение к суициду в России всегда носило негативный характер, как со стороны государства, так и со стороны церкви. На Руси, умерших не по-христиански (то есть

посредством самоубийства), хоронили по давнему языческому обычаю отдельно от остальных, под домашним порогом, нередко пробив грудь самоубийцы осиновым колом, что являлось защитой от нечистой силы. В православии самоубийство рассматривалось как уголовно наказуемое деяние и по церковному праву каралось лишением христианского погребения, если только оно не случалось «вне ума» («священнослужитель должен рассудити, подлинно ли, будучи вне ума, соделал сие») [38].

Законом предусматривалась недействительность духовных завещаний самоубийц. Однако уголовному наказанию не подлежали суицидальные действия, совершаемые по соображениям чести и самопожертвования, а также произведенные в состоянии умопомешательства [29].

В требнике Петра Могилы (1646) и в «Инструкции Патриарха Адриана поповским старостам или благочинным смотрителям от 26 декабря 1697 года» в статье 21 содержится запрещение хоронить у церквей или на кладбищах тела с различными видами насильственной смерти, в том числе и суицид: «А который человек обесится или зарежется, или, купаясь и похволяся и играя, утонет, или вина опьется или с качели убьется, иную смерть сам над собою, своими руками учинит или на разбое и на воровстве каком убит будет: и тех умерших тел у церкви Божий не погребать, и над ними отпевать не велеть, а велеть их класть в лесу или на поле, кроме кладбища и убогих домов». «Инструкция Патриарха Адриана» в дальнейшем вошла в состав «Полного собрания законов Российской Империи» [12].

Вплоть до начала правления Петра I преследования суицидентов носили религиозный характер, светская история карательных санкций по отношению к самоубийцам и их родственникам начинается именно с Петра Великого. Так в воинском уставе 1716 г. (гл. XIX, арт. 164) указано: «Ежели кто сам себя убьет, то подлежит тело его палачу в бесчестное место отволочь и закопать, волоча прежде по улицам и обозу». Тем не менее здесь же даются ссылки на болезненное психическое состояние человека, при котором последствия суицида рассматривались менее жестоко: «...а ежели кто учинит в беспамятстве, болезни, в меланхолии, то оное тело в особливом, но не бесчестном месте похоронить. И того ради должно, что пока такой самоубийца погребен будет, чтобы судьи наперед об обстоятельствах и причинах подлинно уведомились и через приговор определили бы, каким образом его погребсти». В более позднем (1720) Морском уставе Петра карательные меры против самоубийц усиливаются: «Кто захочет сам себя убить и его в том застанут, того повесить на райне, а ежели кто сам себя убьет, тот и мертвый за ноги повешен быть имеет». Подобные карательные мероприятия сохранялись до середины XIX в. Те же, кто не смогли завершить суицид подвергались наказанию плетьми или

содержанием в тюрьме 2 месяца. В 1766 г. для самоубийц предусматривалось лишение христианского погребения и отправление тела в «убогий дом», для оставшихся в живых служащих следовало понижение на один чин, для неслужащих дворян и купцов первой гильдии назначалось церковное покаяние сроком на полгода. В Своде законов 1832 г. самоубийца лишался христианского погребения только в случае, если не было доказано, что самоубийство последовало в состоянии безумия или беспамятства. Человек, покушавшийся на свою жизнь вне этих состояний и оставшийся в живых, подлежал наказанию за убийство и приговаривался к каторжным работам. В 1843 г. каторжные работы были заменены тюрьмой от 6 месяцев до одного года, а вопрос о характере погребения самоубийц был оставлен на усмотрение церкви [12].

В период правления Екатерины Великой была законодательно оформлена практика признания недействительными завещаний самоубийц. Специального указа по этому поводу не было, но существовал прецедент в виде решения Сената по делу завещания князя Шаховского в 1776 г. Хотя в решении отмечалось, что завещание недействительно в том случае, если написано в состоянии беспамятства или безумия, сопровождавших самоубийство, а в дальнейшем практика признания судами ничтожными духовных завещаний самоубийц была распространена повсеместно и вне зависимости от состояния самоубийцы. При этом недействительность духовных завещаний самоубийц рассматривалась не как наказание за самоубийство (к этому времени правосознание окончательно определилось в том, что не может быть речи о преследовании трупа), а как гражданское последствие самоубийства. Если же самоубийство совершено в состоянии безумия, сумасшествия, беспамятства и прочее, то духовное завещание также недействительно, как составленное лицом, признанным судом невменяемым по причине душевного или умственного расстройства. И только в 1894 г. Правительствующий Сенат по поводу одного из дел о духовном завещании высказался в том смысле, что завещательные распоряжения остаются в силе, если доказано, что завещание было составлено в здравом уме и твердой памяти таким лицом, которое впоследствии лишило себя жизни в беспамятстве или под влиянием «душевного припадка». Покушение на самоубийство не имело уголовных и гражданских последствий в Уголовных уложениях Российской империи второй половины XIX в. только в случаях, когда «кто-либо по великодушному патриотизму подвергнет себя очевидной опасности или прямо верной смерти для сохранения государственной тайны и в других подобных случаях, а ровно, если женщина лишит или покусится лишить себя жизни для спасения целомудрия и чести своей от грозившего ей и никакими другими средствами неотвратимого насилия» (Уложение 1885 г.) [12].

На территории России вплоть до Октябрьского переворота действовало уложение в редакции 1885 года, предусматривавшее суровые меры наказания, заключающиеся: 1) в непризнании права сознательного самоубийцы делать посмертные распоряжения, отчего завещание таких лиц признавалось не имеющим законной силы; 2) покушавшемуся полагалось тюремное заключение сроком от полугода до года; 3) погибший лишался церковного погребения; 4) на покушавшегося накладывалось церковное покаяние [38].

В постреволюционной России, в 50-х годах 20 в., человек, совершавший суицидальную попытку в местах лишения свободы, получал дополнительный срок - как за попытку уклонения от общественно полезного труда, а те граждане, которые пока еще находились на свободе, за то же самое направлялись принудительно на обследование в психиатрические больницы [38].

Представленный исторический анализ отношения к самоубийству указывает на крайне негативную оценку самоубийства со стороны государства, церкви и общества к подобным формам поведения и лишь отдельные философы позволяли рассматривать суицид как самостоятельное решение конкретного индивида. Тем не менее, практически во всех странах, законодательство разделяло суицидентов на преступников и душевно больных людей, что привело к рассмотрению суицидентов как больных людей и смягчило отношение к ним со стороны общества и государства. Суицид стал восприниматься как болезнь и перестал преследоваться по закону.

Глава 4. Концепции формирования суицидального поведения.

Медицинская модель самоубийств

С точки зрения сторонников медицинской модели суицид является признаком или следствием заболевания, имеющего в своей основе генетические, биологические др. причины. В настоящее время, сторонники медицинской модели в качестве наиболее распространенного этиологического фактора суицида рассматривают психические и поведенческие расстройства.

С душевной патологией связывали суицид такие авторы как Ж. Эскироль (1838), Пинель (1889), Розанов (1881) и др. Так, Ж. Эскироль рассматривал суицид как продукт болезненно измененной психики, а суицидальные проявления как симптом психического заболевания. При этом он настаивал на том, что самоубийцы, как душевнобольные, должны быть освобождены от всякого рода преследований. Французский психиатр Бурден (1845) рассматривал суицид как одну из форм маний – «манию самоубийства».

Дж.Р. Фальре (1845) представлял суицид как симптом, связанный с меланхолией. Моро де Тур (1875) выделят формы суицида в зависимости от типов душевной болезни,

разделяя на меланхоликов и одержимых навязчивыми идеями – маниакальное, автоматическое, импульсивное.

П.Г. Розанов (1891) рассматривал суицид как болезнь в связи с тем, что у суицидента имеет место состояние аффективно суженного сознания, при котором отсутствует «борьба противоположных представлений» [43].

Р.Крафт-Эйбинг (1908) рассматривал суициды в рамках *концепции биологического вырождения*, основываясь на дегенеративных анатомо-физиологических признаках [33]. S. Pepper (1942) рассматривал суицид, как инстинкт самоуничтожения, H. Murray (1953) – как приспособительный механизм от неполноценных, болезненных особенностей, R. Dawking (1976) – как результат естественного отбора, G. Murphy (1998), A. Beck, G.Brown, R.J. Berchick (1990), F. Goodwin (1999) – как результат биохимической депрессии [30].

Анатомо-антропологическое направление.

Английский врач Ф. Винслоу (1840) писал, что предрасположенность к самоубийствам связана с патологическими изменениями в головном мозге, костях черепа, и в желудочно-кишечном тракте [43]. А.И. Крюков и П.М. Минаков отмечали зависимость суицидального поведения от особенностей формирования костей черепа, которые оказывают механистическое воздействие на мозг [33]. А.Д. Никитин описал наличие «костяных отложений на серповидном отростке твердой оболочки мозга» у психически больных и суицидентов [44]. Е. Кречмер (1977) – указывал на наличие физиологических, биохимических и характерологических особенностей суицидентов [30].

Однако поиски достоверных патологоанатомических и антропологических маркеров суицида не увенчались успехом и в 20 веке поиски биологических предпосылок сместились в область биохимических исследований.

Биохимическая модель суицида.

Одной из наиболее разработанных биохимических гипотез суицида является серотониновая. При исследовании депрессивных суицидентов, совершивших суицид, был обнаружен дефицит серотонина, причем, его уровень коррелирует с тяжестью и жестокостью выбранного суицидентом способа лишения себя жизни [43].

Связь между состоянием серотонинергической системы и суицидальным поведением, а также взаимосвязь между изменениями в ней и предрасположенностью к суицидальному поведению практически доказана. Эффект воспитания «накладывается» на генетический фон и в том числе на систему серотониновой медиации. Серьезные травмы, например, вследствие утрат и лишений в детстве, возможно, способны как бы «переустанавливать» серотонинергические функции; этот эффект является долговременным и может обусловливать повышенный суицидальный риск в дальнейшей

жизни (5). В результате психической травмы исходно незатронутые функции мозга могут подвергаться изменениям [27].

Генетическая гипотеза указывает на повышенный риск суицида среди родственников суицидентов. *Близнецовый метод* так же подтверждает эту гипотезу, но здесь возникает вопрос о так называемом «семейном сценарии» и «снятии запрета» с проявлений суицидального поведения в семье.

С.С. Корсаков (1854-1900) , К. Бирнбаум (1887-1950) рассматривали суицидальное поведение двояко, но указывали на преимущество психически больных людей, совершающих самоубийство. Г.И. Гордон (1912) – полагал, что суициденты могут быть отягощены психическими расстройствами, но есть и такие у которых нет душевной патологии. А.Г. Амбрумова (1971) говорила о том, что самоубийство это результат взаимодействия ситуационных, личностных и психопатологических факторов. Она рассматривала суицид как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею конфликта [43].

Социологическая модель суицидального поведения.

В социологических концепциях суицидального поведения основное внимание уделяется исследованию социально-демографических факторов риска (пол, возраст, этническая принадлежность, социальное, экономическое и семейное положение, занятость, миграция и др.). Основой для суицидального поведения в социологических концепциях является снижение и неустойчивость социальной интеграции, а самоубийство рассматривается в первую очередь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой.

На связь социальных процессов, происходящих в обществе, и суицидального поведения обратил внимание Э. Дюркгейм (1858-1917), сформулировав свою теорию суицидального поведения – *теорию аномии* [9]. Он исследовал механизм влияния общества на возможность совершения индивидуального самоубийства. В своей работе «Самоубийство» Дюркгейм выявляет взаимосвязь экономических и социальных перемен, происходящих в обществе, с повышением процента поведенческих отклонений, в том числе с ростом суицидов. Эти данные подтверждаются и статистикой, представляющей динамику суицидального поведения на различных этапах развития общества. Суицидальность, по мнению Дюркгейма, определяется двумя компонентами организации общества: степенью согласия интересов, целей и мнений (социальная интеграция) и степенью влияния членов общества на отдельного индивидуума (социальное регулирование). Суицид является результатом изменения интенсивности этих компонентов в сторону уменьшения или увеличения. При этом, Дюркгейм поддерживал

теорию зависимости уровня самоубийств от конкретной социальной группы, утверждая, что каждая социальная группа имеет коллективную наклонность к самоубийству, которая определяет выраженность индивидуальных наклонностей. «Наклонность образуют течения эгоизма, альтруизма или аномии, которые в данный момент охватывают общество». На этом основании Дюркгейм выделяет три типа суицидов, при этом даже героическое, жертвенное поведение психически здорового человека он рассматривал как самоубийство: эгоистическое, альтруистическое и аномическое.

Эгоистическое самоубийство - разрыв связей с обществом, ближайшим окружением, потеря целей и смысла жизни. Нивелирование норм и правил, существующих в обществе, отчужденность;

Альтруистическое самоубийство – в противоположность предыдущему типу, является результатом недостаточно развитой индивидуальности, и связано с повышенной интеграцией индивида в общество. Это своеобразный акт принесения себя в жертву ради блага своей социальной группы (ритуальные убийства стариков, самоубийства религиозного характера и др.).

Аномическое самоубийство – реакция на аномию, на резкие изменения социального устройства общества, недостаточность «коллективного порядка». Такие самоубийства часты в периоды социальных, революционных, экономических преобразований общества.

М.Я Феноменов (1914) так же связывал рост самоубийств с общей кризисной ситуацией в стране. Анализируя статистику самоубийств, автор выявил, что в апогее социального кризиса число самоубийств снижается, а в последующие за кризисом годы — быстро увеличивается. Выявленная автором тенденция к снижению суицидальной активности на пике кризиса и ее последующему росту подтвердилась во время распада СССР.

Известный русский общественный деятель, философ Н.А. Бердяев в 1924 г. обвинил в росте самоубийств подмену человеческих потребностей технократическими.

А.М. Коровин (1916) проанализировал статистику самоубийств в различных городах и губерниях России с 1803 по 1912 годы и пришел к следующим выводам. Одной из главных причин самоубийств является урбанизация: высокая концентрация населения в городах, алкоголизация городских жителей. На частоту самоубийств влияют национальная и религиозная принадлежность. При этом, уровень материального благосостояния и образования, а так же плотность населения в данном регионе и его климатические особенности в распределении самоубийств роли не играют. Исходя из

результатов своего исследования, автор выдвинул в качестве наиболее важного средства профилактики самоубийств борьбу с алкоголизмом.

Известный русский юрист А.Ф. Кони (2001), обобщив данные, накопленные отечественной и мировой статистикой за столетие, увидел основную причину самоубийств в России в отсутствии общественных идеалов. Этим автор объясняет тот факт, что в России в середине 60-х годов XIX века «в эпоху великих реформ» число самоубийств уменьшилось под влиянием «духовного подъема» в обществе и резко увеличилось в 70-х годах, когда начался период «застоя» и появилось исключительно материалистическое направление общественной мысли. Кони отвергает распространенную в его время тенденцию отождествления самоубийства с душевным заболеванием. Автор указывает на важность микросоциальных конфликтов в происхождении суицида.

В качестве современного варианта социологической теории можно рассматривать фрустрационную концепцию М. Эльнера (1977). В процессе исследований им были сопоставлены 22 переменные социально-экономического, географического и нозологического значения с показателями суицидов в большом количестве стран. На основании факторного анализа был сделан вывод, что высокие показатели суицидов связаны с современным «технократическим государством». Конрад Лоренц (1994) также связывает аутоагрессию современного человека с урбанизацией. Городская скученность и постоянная конкуренция обостряют механизмы внутривидовой агрессии, но законы общежития заставляют подавлять ее. Подавленная агрессивность усиливает предрасположенность к несчастным случаям и другим проявлениям неосознанной аутоагрессии. Эрих Фромм в известном труде «Бегство от свободы» показывает, насколько извращенное общество опасно для индивида, и утверждает, что как только интеллекту бывает оставлена свобода выражать себя так, как он хочет, он изо всех сил старается найти самый легкий способ стереть себя с лица Земли. Давно известна «заразность» самоубийств, особенно когда вокруг суицида известной личности поднимают много шума [33].

М Фабер видел причину самоубийств в повышении уровня невротизации населения в периоды социальных потрясений [43].

К.Хорни так же указывала на связь современной культурой и уровнем тревожности, сформулировав социокультуральную теорию, согласно которой суицидальное поведение является результатом взаимоотношения социокультуральных факторов и личностных характеристик человека. Основой суицида К.Хорни считала «базисную тревогу», которая формируется в раннем детстве и является результатом

несоответсвия представлений человека о самом себе, идеализированным образом или общественным стандартом [43].

Социологическая теория, тем не менее, не дает ответ на вопрос о том, почему находясь в сходных жизненных условиях один человек приходит к суициду, а другой нет. Э. Дюркгейм, как основоположник социологического направления, считал, что объяснение этому должно включать исследование особенностей взаимодействия между социокультурными и личностными факторами.

Психологические модели суицидального поведения.

Представления З.Фрейда о проблеме суицида строились на концепции двух основных влечений человека – Эроса и Танатоса. Суицид представлялся ему как обращенное на самого себя желание убить другого. К. Меннингер [24] так же связывал убийство и самоубийство. В результате исследований он выделил три составные части суицидального поведения, формирующихся на основе конфликта инстинктов самосохранения и саморазрушения:

- желание убить – поведение инфантильной личности, для которой суицид это реакция ярости на помехи или препятствия, стоящие на пути реализации собственных желаний;
- желание быть убитым – суицид подчиненной личности, для которой самоубийство является единственным способом снятия напряжения в связи с чувством вины, укорами совести и страданий из-за нарушений моральных норм. Суицид представляется как искупление вины;
- желание умереть – состояние отчаяния, при котором суицид представляется единственным выходом из ситуации. Это характерно для лиц, демонстрирующих различные формы рискованного поведения и тяжелобольных.

А.Адлер видел причину суицида в реакции бегства в ситуации кризиса взаимодействия с окружающими, это - скрытая атака на других людей, по вине которых человек не смог реализовать своих целей. Суицид представляется как стремление вызвать сочувствие и чувство вины окружающих. К.Г. Юнг рассматривал суицид как бессознательное желание человека к духовному перерождению. Г.С. Салливэн видел причину суицида в утрате эго-идентичности. В. Франкл – в потере смысла жизни. Э.Берн – в предпочтении ролей Ребенка или Родителя, которые приводят к искаженному мироощущению и неадекватному поведению. К. Роджерс представлял суицидальную личность ригидной, которая вследствие потери контроля с реальностью утрачивает веру в себя, проявляя ненависть и презрение к жизни. Смерть идеализируется, что и порождает

суицидальные тенденции. Х. Хензелер в основе суицидального поведения рассматривал нарциссическую личность.

Н. Фейбероу и Э. Шнейдман [41] в основе суицидального поведения видели проблему одиночества, которая возникает в результате следующих причин:

- недостаточная социализация человека;
- попадание в среду с пониженной коммуникативностью или в сложные личные и социальные ситуации;
- потеря близких, работы, социального статуса;
- своеобразный внутренний мир талантливых людей;
- «одиночество вдвоем».

Н. Фейбероу также выделяет понятие «непрямое саморазрушение», к которому относил различные формы зависимого поведения и пренебрежение к рекомендациям врачей. Главное отличие от прямого суицида он видел в неосознаваемости последствий данного поведения и более длительной протяженности во времени. Так же Н. Фейбероу говорил о провоцировании суицидального поведения обществом – институциональные суициды (ритуальные, жертвенные и др. суициды).

Э. Шнейдман [41] в основе суицидального поведения видел «душевную боль», возникающую из-за фрустрации потребностей в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании. Исходя из этого, он дает следующие характеристики суицидентов: чувство невыносимой душевной боли, чувство изолированности от общества, ощущение безнадежности и беспомощности, мнение, что только смерть является единственным способом разрешить все проблемы. Основываясь на своем клиническом опыте, Э. Шнейдман создал типологию лиц, склонных к суициду:

- Искатели смерти – лица, совершающие суицидальные действия при которых спасение маловероятно;
- Инициаторы смерти – неизлечимо больные люди, провоцирующие смерь путем отмены лечения;
- Игроки со смертью – те, кто осознано стремится к неоправданному риску и ситуациям при которых низка вероятность выживания (русская рулетка);
- Одобряющие смерть - говорят о своем желании умереть, но не предпринимают никаких попыток к этому.

Причины совершения суицидов довольно разнообразны, тем не менее выделяют определенные характеристики, описывающие общие черты, свойственные всем формам проявления суицидального поведения и методам реализации суицидальных действий:

- общая цель: поиск решения;
- общая задача: прекращение сознания;
- общий стимул: невыносимая психическая боль;
- общий стрессор: фрустрированные психологические потребности;
- общие суицидальные эмоции: безнадежность, беспомощность;
- общее внутреннее отношение: амбивалентность;
- общее состояние психики: сужение когнитивной сферы;
- общее действие: бегство (агрессия);
- общий коммуникативный акт: сообщение о своем суицидальном намерении;
- общая закономерность: соответствие суицидального поведения общему стилю поведения суицидента.

Таким образом, практически все исследователи суицидального поведения относят его к дезадаптивным реакциям, связанным с внешними и внутренними условиями развития личности. Суицид – есть следствие биопсихосоциальной дезадаптации в условиях переживаемого личностью конфликта. Часто в основе суицидального поведения лежит депрессия, которая провоцирует формирование специфических взглядов на жизнь и провоцирует суицидальные мысли, а позже и поведенческие акты, направленные на сознательное лишение себя жизни.

Глава 5. Характеристика суицидального поведения

Известно, что риск суицидального поведения сопряжен с наличием депрессивной симптоматики. В 45% случаев суицидентам был поставлен диагноз депрессия. Уровень прижизненной заболеваемости депрессией составляет 22%—24% у женщин и 15%— 16% у мужчин. Суицидальные мысли чрезвычайно распространены среди детей и подростков, страдающих депрессией. Поэтому оценку суицидального риска следует проводить, прежде всего, с выявления уровня депрессии у клиента. Помимо психодиагностических методик, направленных на диагностику депрессивных расстройств (см. приложение), необходимо использовать метод наблюдения. У человека в депрессии взгляд пустой, безучастный или напряженный, глаза сухие, мимика скудная, движения заторможенные. Человек бледен и, несмотря на практически полное бездействие, выглядит очень уставшим. Его речь довольно тихая, а голос ровный, с малыми модуляциями.

Человеку, страдающему депрессивным расстройством свойственна депрессивная триада: 1. Акинезия — это ослабление двигательной активности, замедленность движений или даже полное нежелание двигаться; 2. Абулия — полная безучастность ко всему происходящему вокруг, патологическое безволие, нежелание или неспособность выполнять необходимые действия даже в тех случаях, когда осознается их необходимость; 3. Апатия — снижение настроения, не зависящее от обстоятельств, полное отсутствие жизненных стимулов и побуждений к активным действиям, снижение или полная утрата интересов, эмоциональных реакций или внутренних побуждений.

Мотивы суицидального поведения у депрессивных клиентов неоднородны. Далее приведены некоторые из них: 1. Обесценивания своей жизни. Обычно такие клиенты не предпринимают активных действий, связанных с лишением жизни, но готовы в любой момент умереть. Их высказывания о собственной смерти содержат элемент случайности: «Заболеть бы и умереть; уснуть бы и не проснуться и пр.». 2. Страх грядущих событий или страх жизни. Будущее и вообще жизнь представляются крайне негативными и пугающими, единственным выходом из создавшейся ситуации видится смерть. «Я не справлюсь с нагрузками, всё равно меня ждут только неудачи, лучше и проще оборвать мои мучения». 3. Чувство вины перед окружающими. Клиентам с депрессивной симптоматикой свойственно винить себя за прошлые проступки перед другими или прегрешения перед богом. Чувство вины может быть настолько непереносимым, что может привести к суициду. «Я всю жизнь приношу только страдания и боль своим родным». 4. Генерализация безлюбовного сценария. Вследствие детской депривации может формироваться готовность к тому, что любое «невнимание» со стороны значимых людей приводит к острому ощущению своей ненужности. «Опять меня все игнорируют, я никому не нужен, меня никто не любит, зачем тогда жить». 5. Невозможность переносить собственные душевные переживания. Некоторые депрессивные клиенты испытывают острую душевную боль, которая сопровождается тревогой, паническими расстройствами и пр. «Я не могу больше это терпеть, лучше оборвать страдания раз и навсегда». 6. Чувства стыда и позор. Иногда стыд за реальные или мнимые поступки в прошлом или будущем могут приводить к мысли о самоубийстве. Ситуация может быть отягощена мыслями о своих родных близких. «Как теперь моя мать будет смотреть соседям в глаза?». 7. Чувство одиночества. Особенно тяжело переживается пожилыми людьми, которые в силу разных причин остались без социальной поддержки. «Моя жена умерла, детям не до меня, меня ничто здесь не держит». 8. Утрата здоровья. К данному мотиву относятся заболевания, которые воспринимаются, как смертельные (онкопатология, ВИЧ,

системные заболевания и пр.), так и инвалидизация клиента вследствие утраты конечностей, обезображивания или обездвиживания.

Известно всего 59 видов депрессии. Из них наиболее часто в практике встречаются:

- ажитированная (тревожная, суетливая) - сопровождается тревогой, страхами, беспокойством, двигательным возбуждением с тревожным повторением одних и тех же фраз и слов.
- астеническая – наряду с депрессивной симптоматикой присутствуют явления астении (снижение физической и психической работоспособности, повышенная утомляемость, нарушения сна пр.).
- атипическая депрессия – сопряжена с ведущим невротическим синдромом (истерическая, ипохондрическая, дисморбофобическая и пр.).
- депрессия с бредом самообвинения (депрессия самомучения) – характеризуется наличием бредовых идей самообвинения, самоумаления.
- меланхолическая депрессия – характеризуется наличием депрессивной триады (гипотимии, брадифрении, гипобулии) и выраженных соматовегетативных нарушений.
- параноидная депрессия (депрессия неуверенности) – сопровождается бредовыми идеями виновности, осуждения, преследования со стороны окружающих.
- психогенная (реактивная) – возникает вследствие каких-либо событий в жизни клиента.
- ироническая (улыбающаяся, экзистенциальная) – ирония, сарказм по поводу своего положения, сопровождающиеся «черным юмором» по поводу утраты жизненных ценностей и разочарования собственной жизнью.

Так же необходимо обращать особое внимание на скрытую депрессию (матовая, стертая, латентная, депрессия без депрессии, упущенная, туманная и пр.). В целом распознавание скрытой депрессии основывается на следующих признаках [13]:

- начало заболевания часто не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;

- в анамнезе можно встретить указание на повторяемость периодов недомогания, слабости, нервности, сниженного настроения, выраженных нарушений сна и прочих расстройств, свойственных данному варианту депрессии (фазное течение). Длительность фаз составляет месяцы и годы. Могут иметь эпизоды легкой гипомании;

- наследственная отягощенность, которая выражается в значительном сходстве болезненных расстройств у ближайших родственников;

- витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе, сердце ноет, щемит, сдавливает…») с упорными нарушениями сна, анорексией, снижением либидо, ощущением упадка сил;

- суточные колебания настроения и самочувствия (ухудшение по утрам, в первой половине дня, со спонтанным улучшением во второй половине дня, к ночи – «вечерние интервалы»);

- наличие в психическом состоянии указаний на явления идеаторного и психомоторного торможения, нарушения репродуктивной памяти, симптомы болезненной психической анестезии, деперсонализации, дереализации;

- наличие суицидальной готовности;

- общесоматические и вегетативные расстройства при скрытой депрессии не укладываются в клиническую картину ни одного определенного соматического заболевания;

- положительная реакция на антидепрессанты.

Так же скрытые депрессии могут проявляться в изменении поведения (агрессия, конфликтное поведение, зависимость от психоактивных веществ, появление большого количества знакомых, эпатирующее поведение и пр.). Чаще подобный вариант депрессии встречается у мужчин. Рассказать об изменении поведения лучше всего могут родственники и знакомые, поэтому важно выходить с ними на контакт.

Помимо депрессивной симптоматики необходимо также обращать пристальное внимание на признаки, которые могут указывать на суицидальные намерения.

1. Смена стереотипа поведения у клиента (необычное для него поведение), которое может выражаться в прерывании социальных контактов (или же появлении множества новых), неадекватное кризисной ситуации «жизнерадостное» настроение, вызывающее поведение и пр.

2. Завершение дел и прощание с окружающими. Клиент может начать раздаривать свои вещи, озаботиться написанием завещания, приступить к реализации давно вынашиваемой мечты, звонить знакомым и просить у них за что-то прощение, писать «прощальные» письма и т.д.

3. Косвенные заявления о нежелании жить. Подобные высказывания прямо не говорят о желании покончить с собой, однако содержат в себе подобную угрозу. «Я Вам больше никогда не помешаю», «Вся моя жизнь оказалась напрасной», «Уж лучше умереть, чем продолжать так мучиться» и пр.

Пресуицидальный синдром, описанный E. Ringel (1976) [45] включает в себя триаду признаков: сужение, инверсия агрессии и суицидальные фантазии. В данный синдром входят следующие характеристики:

- Резкое и почти внезапное сужение интеллектуального фона, ограничение мыслительных процессов, сужение содержания мышления, ослабление способности видеть жизнеспособные варианты, которые в обычном состоянии пришли бы на ум.

- Сужение восприятия, уход в себя, чувства одиночества, бессмысленности и безвыходности.

- Сильное смятение, то есть обострение переживания человеком состояния полного крушения (планов, надежд и т. п.).

- Бессильная агрессия и упреки в адрес других, болезненно ощущаемое «опускание рук», сообщение о намерении покончить с собой.

- Повышенная неприязнь к себе, проявляющаяся в усилении самоотречения, ненависти к себе, стыда, вины, самообвинения, а также в действиях, идущих вразрез со своими собственными жизненными устремлениями.

- Идея прекращения, внезапное озарение, что существует возможность положить конец страданиям путем остановки этого непереносимого потока сознания.

- Бегство в фантазию, которая все более заполняется мазохистически сладострастными сценами страданий, которые придется пережить значимым другим после суицида.

- «Затишье перед бурей», когда внешне невозмутимый пациент в деталях разрабатывает план самоубийства.

Помимо оценки аффективной сферы, обратившегося за помощью суицидального клиента, необходимо учитывать множество других факторов. Ниже приведены рекомендации и схемы по оценке суицидального риска.

В Таблице 1 приведена шкала оценки суицидального риска, разработанная Американской ассоциацией превенции суицидов (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al. 1983) [46]. Однако, необходимо помнить, что данная шкала предназначена для экспресс-диагностики и ее стоит использовать в совокупности с другими данными.

Таблица 1.

Шкала оценки суицидального риска

Пол		***Мужской***
Возраст		12-14, 45 и выше
Депрессия		Депрессивное состояние в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от психоактивных веществ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план		Время, место, способ Летальность данного способа Лёгкость его исполнения
Отсутствие супруга (-и) (близкого человека)		Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом
Итого:		
ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов)		
0 - 2	Уровень 1	Невысокая степень суицидального риска
3 – 4	Уровень 2	Средняя степень суицидального риска – необходимы интервенция и поддержка
5 – 6	Уровень 3	Высокая степень суицидального риска – необходимо антисуицидальная итервенция
7 - 10	Уровень 4	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция

Л.Н. Юрьева (2006 г.) [43] провела анализ собственных данных и различных литературных источников (Таблица 2), в результате которого были выделены санкционирующие (разрешающие) и лимитирующие (останавливающие) факторы суицидального риска.

Таблица 2.

Факторы суицидального риска

Признаки	***Санкционирующие***	***Лимитрирующие***
Возраст	• Пожилые люди (65 лет и старше) • Люди средних лет (55 лет - женщины; 45 - лет мужчины) • Подростки	• Дети (до 12 лет) • Совершеннолетние (25-40 лет)
Пол	• Мужской – суициды • Женский - парасуициды	• Женский – суициды • Мужской – парасуициды
Время года	• Теплое (апрель-сентябрь)	• Холодное (октябрь-март)
Семейное положение	• Разведенные • Вдовые • Одинокие (особенно после 40 лет)	• Состоящие в браке • Имеющие крепкие социальные связи • Имеющие детей
Социально-экономическое положение	• Периоды экономической депрессии • Резкое изменение национальной мотивации и социо-культуральных условий • Эмиграция, дискриминация, стигма	• Прочные социальные связи • Положительные ролевые модели
Трудовая занятость	• Безработные • Низкий социальный статус • Пенсионеры • Заключенные	• Работающие • Полная трудовая занятость с высоким уровнем участия
Профессия	• Врач (особенно женщины-психиатры, анестезиологи, офтальмологи, стоматологи) • Полицейские офицеры • Юристы • Музыканты	Имеющие возможность выбора, контроля, личностного и профессионального роста
История семьи	• Суицид у члена семьи (особенно родителя) • Развод родителей • Пренебрежение воспитанием в детстве, жестокость и насилие • Дети, чьи родители умерли , когда им было до 11 лет	• Полная семья • Позитивный опыт душевной близости в раннем детстве • Формирование навыков жизни в социуме и преодолевающих стратегий поведения
Физическое здоровье	Наличие хронических заболеваний, ведущих к	Физическое здоровье

	инвалидизации и фатальные болезни (онкозаболевания, СПИД и пр.)	
Особенности личности	• Эмоциональная лабильность • Повышенная напряженность потребностей • Низкая способность к формированию компенсаторных механизмов и чувство беспомощности • Низкая самооценка • Неумение ослабить фрустрацию • Импульсивность • Эксплозивность • Демонстративность	• Позитивное самоощущение • Психастеники • Шизоиды
Наличие психологического и социального фактора	• Стрессовая ситуация • Отчаяние • Импульсивность • Кризисные состояния	Наличие антисуицидальных психологических и социальных факторов
Предшествующее суицидальное поведение	• Серьезные суицидальные попытки в прошлом (около 30% совершали их опять и 10% достигли своей цели) • Менее, чем 3 месяца с предыдущей попытки	• Отсутствует • Суицидальная попытка без серьёзных последствий, совершённая более 12 месяцев назад
Наличие суицидальных планов	• Имеется план совершения суицида • Намерение совершить суицид (более50% суицидентов говорили о своём намерении)	• Нет плана суицида • Нет суицидальных намерений
Выраженность депрессии	• Начальный этап возврата в глубокую депрессию • Тяжелый депрессивный эпизод с достаточной энергией для совершения суицида • Период смены полюса аффекта • Депрессия с бредом	• Лёгкий депрессивный эпизод • Депрессия достаточно интенсивно выражена, но нет ясности мысли или энергии необходимых для плана и осуществления суицида
Употребление психоактивных веществ	• Алкогольная и наркотическая зависимость • Наличие интоксикации	• Нет зависимости от психоактивных веществ
Медикаментозные средства с депрессогенным эффектом	Кортекостероиды, резерпин, антигипертензивные средства (пропранолон), аминазин, некоторые противораковые и противозачаточные препараты	

Факторы суицидального риска, являющиеся показанием для госпитализации клиента [39]:

1. Актуальные суицидальные замыслы с отклонением альтернативных идей, а также наличием точного плана суицида.
2. Наличие признаков психического расстройства и химической зависимости.
3. Предшествовавшие суицидальные попытки, особенно в течении последних 12 месяцев, и особенно – совершенные не путем отравления лекарствами.
4. Суицидальные попытки в семье или среди ближайшего окружения.
5. Семейные конфликты, особенно с применением насилия и угрозой развода.
6. Социальная изоляция.
7. Потеря работы и трудоспособности, прекращение учебы, конфликты с законом.

Оценка суицидального риска должна проводиться на начальном этапе кризисного консультирования, а также в случае подозрения консультанта о наличии депрессивной симптоматики, при явных или скрытых высказываниях клиента о желании покончить жизнь самоубийством.

Глава 6. Психологическое консультирование суицидальных клиентов и лиц, работающих с ними

В беседе с клиентом рекомендуется придерживаться следующих правил:

- **Неотложность**. Указание на суицидальный риск говорит о том, что беседа с таким клиентом не может быть «отложена». Возможно, ему придётся уделить больше времени, чем другим клиентам.
- **Эмпатическое отношение.** Эмпатия – это способность определить особенности эмоционального состояния другого человека, поставить себя на его место и сопереживать ему. Эмпатия подразумевает искренность психолога, сопереживание, но не психологическое «слияние» с клиентом.
- **Баланс открытых и прямых вопросов.** Беседу всегда следует начинать с «открытых» вопросов, подразумевающих возможность ответа в виде рассказа, монолога (например, «Расскажите о себе», «Что Вас беспокоит?»). По ходу интервью увеличивается доля «прямых», «закрытых» вопросов, требующих конкретных ответов («Вы испытывали чувство тоски?», «У Вас были мысли о самоповреждении?»).
- **Избегание моральных оценок.** Тема суицида нагружена моральным, нравственным и религиозным контекстом. Распространённой общечеловеческой оценкой суицидального акта является осуждение, либо того, кто его совершил, либо кого-то из его

окружения («поиск виновного»). Смысл беседы заключается в профессиональной безоценочной помощи клиенту.

- **Разделение ответственности.** Специалист несёт ответственность за адекватное и своевременное оказание помощи клиенту, оценку суицидального риска, организацию консультативной помощи, предоставление рекомендаций клиенту и его родственникам. Специалист не может нести ответственность за результат консультации. Иными словами, при адекватном выполнении названных выше обязанностей, психолог не может быть ответственным за совершение суицидальных действий клиентом. Начиная с первого интервью, ответственность необходимо разделить между клиентом, близкими ему людьми и другими помогающими специалистами. Если психолог видит необходимость консультации психиатра, то он должен замотивировать клиента на визит к врачу.

- **Избегание невыполнимых обещаний.** В беседе с клиентом рекомендуется придерживаться принципа реальности. Человек в критической ситуации часто склонен идеализировать фигуру специалиста и переоценивать его возможности. Необходимо определить границы своих возможностей и проинформировать клиента о них.
- **Избегание навязывания своего темпа коммуникации.** У депрессивных клиентов часто нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов и темпа речи и односложных ответах. Специалист «подстраивает» темп речи, громкость голоса под особенности клиента.

Неоднократное прояснение информации. По ходу интервью некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидальных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз по ходу беседы в разных формулировках [19].

Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и даёт возможность клиенту говорить о негативных чувствах. Следует обязательно задать вопросы, касающиеся суицидальных намерений. Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?
2. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
3. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
4. Бывают ли у Вас фантазии о смерти?
5. Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?
6. Вы чувствуете желание покончить с собой?

На вопрос о том, чем вызвано желание покончить с собой, суицидальные клиенты обычно дают следующие ответы.

1. Жизнь не имеет смысла. Мне нечего ждать от жизни.

2. Я не могу больше жить. Я никогда не буду счастлив.

3. Это единственная возможность положить конец страданиям.

4. Я стал обузой для семьи. Им будет лучше без меня.

5. Мое будущее выглядит мрачным и беспросветным. У меня нет будущего.

Все эти утверждения, так или иначе, связаны с чувством безысходности. Человек не видит выхода из невыносимой для него ситуации и считает, что только самоубийство освободит его от груза «неразрешимых» проблем.

Если клиент утвердительно отвечает на последние вопросы необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Совершали ли попытки суицида родственники? Если да, то кто это был и когда был совершен суицид?
- Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?
- Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Имеется ли доступ к избранному способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?
- Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

Правила консультирования клиентов, имеющих намерение совершить суицид:

1. Встречи с подобными клиентами необходимо устраивать чаще.
2. Следует чаще обращать внимание клиента на позитивные стороны в его жизни. Таким образом происходит расширение ресурсной базы клиента.
3. Совместно вырабатывается «план спасения». «Маленькие шаги» по выходу из кризисной ситуации.
4. Если клиент намекнул на самоубийство или заговорил о нем, то необходимо разговаривать о суициде, задавать вопросы. Игнорировать подобные темы нельзя.
5. При определении степени риска совершения суицида следует помнить, что даже при минимальной угрозе следует убедить клиента обратиться к врачу-психиатру. При повышении суицидальной опасности необходимо об этом сообщить родным и близким клиентом, при явном суицидальном риске следует настоять на неотложной госпитализации клиента в психиатрический стационар.

6. Крайне важно привлекать для встреч близких и родных клиента. Встречи с ними могут происходить, как между консультациями клиента, так и совместно с ним.

7. Важно обеспечить клиенту максимальную доступность для связи со специалистом (телефон, электронная почта и пр.).

8. Необходимо помнить о манипулировании посредством угрозы самоубийства и не позволять клиенту этого делать.

9. Избегать оценок системы ценности клиента.

10. Консультант обязан не забывать, что он не всегда способен предотвратить самоубийство. Наибольшую ответственность за самоубийство несёт клиент. Специалист не может безгранично отвечать за клиента. В его профессиональные обязанности входит лишь пресечение реализации суицидных намерений. Важно помнить, что если клиент действительно хочет уйти из жизни, то никто не способен остановить его.

11. Консультант должен подробно, в письменной форме, документировать свои действия, чтобы в случае успешного суицида он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял всем меры для предотвращения суицида.

12. Консультироваться с более опытными специалистами, получать обратную связь и поддержку от своих коллег.

Кризисное консультирование суицидальных клиентов состоит из трех этапов [33]:

1. Кризисная поддержка.
2. Кризисное вмешательство.
3. Повышение уровня социально-психологической адаптации.

Кризисная поддержка – является основным методом работы на первом этапе кризисного консультирования. Основными мишенями являются: а) чувство тоски, непреодолимости конфликтной ситуации; б) чувство тревоги, неопределенности, ожидания беды; в) чувство обиды, враждебности к обидчику; г) чувство бессилия, беспомощности.

Консультирование строится по следующей схеме:

1. Установление с клиентом контакта.

2. Раскрытие суицидоопасных тенденций клиента.

3. Актуализация антисуицидальных факторов:

- эмоциональная привязанность к родным и близким людям, степень значимости отношений с ними, боязнь причинить им душевную боль;

- выраженное чувство долга, обязательность;

- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба;

- религиозные и социальные табу, связанные с проблемой смерти и самоубийства; боязнь греха самоубийства;

- учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;

- наличие актуальных жизненных ценностей, целей;

- проявление интереса к жизни;

- убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;

- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;

- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;

- наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении;

- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности;

- неуверенность в надёжности выбранного способа самоубийства;

- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства. (родительские чувства, страх смерти и осуждения, неиспользованные возможности и пр.).

4. Заключение терапевтического договора.

Задачу кризисной поддержки можно считать выполненной в том случае, когда происходит купирование аффективной напряженности клиента. После этого можно переходить ко второму этапу работы – *кризисному вмешательству*.

На этапе кризисного вмешательства осуществляется когнитивная перестройка и реконструкция нарушенной микросоциальной среды клиента. Эти задачи решаются посредством выявления неадаптивных установок, которые блокирует оптимальные способы выхода из кризисной ситуации. Далее усилия консультанта направляются на коррекцию неадаптивных установок и, прежде всего, в отношении суицидогенной установки – представления того, что какая-либо ценность является более значимой, чем жизнь клиента. Также формируется терапевтическая установка на тренинг необходимых навыков.

Заключительный этап работы направлен на *повышение уровня социально-психологической адаптации* до докризисного уровня.

Особенности эмоциональных реакций психолога-консультанта

Клиенты с депрессивной симптоматикой вследствие наличия многочисленных жалоб, направленных не только на психическое состояние, но и на соматическое здоровье

могут вызывать у психолога-консультанта негативные эмоции, что сказывается на качестве его консультативной работы. Достаточно часто это может так же приводить к игнорированию суицидальных намерений клиента. Основные чувства, которые может испытывать специалист по отношению к своему клиенту с суицидальными намерениями:

1. Тревога и страх – связаны с возможностью реализации пациентом суицидальных идей и представлениями психолога о негативных для него последствиях этого акта (административное наказание, жалоба родственников и пр.). Так же их возникновение может быть связано с личностными особенностями консультанта или наличием в его практике негативного опыта работы с подобными клиентами.

2. Раздражение и гнев – часто связаны с ощущением того, что на психолога давят, пытаются им манипулировать.

3. Презрение и обесценивание – связаны с фактом культурального восприятия суицида как греха, слабости, неполноценности, психического заболевания.

4. Гипертрофированное чувство вины – связано с ощущение собственной причастности к суицидальным высказываниям или действиям пациента.

Эти и другие эмоции способствуют активации **защитных реакций** психолога, которые могут мешать адекватно оценить суицидальный риск:

1. Избегание вопросов о суицидальных намерениях. После того, как психолог выявил признаки суицидального риска (скрытые или явные) специалист неосознанно может начать отрицать необходимость дальнейшего уточнения («Это меня не касается», «Зачем мне лезть в это?»). Кроме того, психолог может необоснованно опасаться, что вопросы о суициде подтолкнут клиента к его реализации. На самом деле, беседа с клиентом о его суицидальных намерениях может принести ему облегчение.

2. Неверие клиенту. Психолог не допускает мысли, что суицидальные высказывания (или интуитивные опасения специалиста) могут быть реализованы («Те, кто совершают суицид, об этом не говорят», «Человек вроде разумный, он такого не совершит»). Чувствуя недоверие, клиент либо уходит от контакта, либо пытается «доказать серьёзность» своих намерений (совершает повторные суицидальные действия).

3. Враждебность к клиенту. Может проявляться в конфликтном поведении, в желании быстро избавиться от клиента, в провоцировании клиента на более опасные действия («Те, кто хочет с собой покончить об этом не говорят, а делают»).

4. Морализаторство и осуждение. Психолог может пытаться взывать к религиозным чувствам клиента, убедить пациента в «греховности», «аморальности» его мыслей или действий, пытаться «наставлять на путь истинный» и пр. Обычно, такое поведение усиливает у клиента чувства вины и стыда, препятствует открытому диалогу.

5. Ощущение собственной некомпетентности. Психолог избегает оценивать риск суицида и психический статус, либо считая себя некомпетентным в этой области, либо не относя это к своим профессиональным обязанностям («Это дело психиатров»).

Важной составляющей консультирования суицидальных клиентов является анализ собственных эмоций и переживаний психолога-консультанта, которые могут препятствовать работе. Так же необходима тщательная проработка собственного суицидального анамнеза (мотивы, намерения и пр.) с супервизором [19].

М.Я. Соловейчик (2007) [23] дает следующие советы консультанту, который работает с суицидальным клиентом:

1. Не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным.

2. Не пытайтесь спорить или отговаривать от суицида, вы проиграете спор.

3. Не пытайтесь преуменьшить боль, переживаемую другим. Высказывания типа: «Нет причин лишать себя жизни из-за этого» лишь показывают человеку, что вы его не понимаете.

4. Не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента. Ему больно, и важно показать, что вы это понимаете.

5. Не предлагайте простых ответов на сложные вопросы. Принимайте проблемы человека серьёзно, говорите о них открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не со своей собственной или общепринятой.

6. Не говорите: «Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за всё, что имеешь!». Эти слова не решат проблемы, а усугубят у человека чувство вины, поэтому они могут принести только вред.

7. Никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

Психологическая помощь консультанту при успешном суициде клиента

При успешном суициде клиента у консультанта могут развиваться различные реакции. Прежде всего, необходимо отреагировать, возникшие чувства: скорбь, острое чувство вины, гнев и раздражение по отношению к клиенту, чувство стыда перед коллегами, чувство собственной профессиональной несостоятельности. Консультанта могут начать преследовать навязчивые воспоминания, ложные узнавания (черты клиента могут начать видеться в других людях), сны, связанные с клиентом. Могут появиться различные симптомы посттравматического расстройства.

К. Меннингер (2000) предложил советы специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто переживает суицид клиента.

1. Мировоззренческие установки:

- специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает клиент вне консультативного кабинета;

- самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;

- нельзя предотвратить самоубийство, если клиент действительно принял решение.

2. Тактика консультирования клиентов с суицидными намерениями:

- необходима бдительность и готовность к неудаче;

- в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;

- необходимо обсудить с коллегами самоубийство клиента как возможный вариант его выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь клиента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблемы.

3. Как реагировать на самоубийство клиента:

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;

- вы обретаете уникальный опыт;

- не удивляйтесь подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

4. Преодоление последствий самоубийства клиента:

- скорбь – естественная реакция, и все переживают одинаково;

- говорите и переживайте, но без лишнего самообвинения;

- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;

- помните годовщину горестного происшествия, чтобы не оказаться застигнутым врасплох.

Так же отмечается, что эффективной работе с последствиями самоубийства клиента могут помочь: участие в похоронной процедуре, написание письма клиенту, который совершил суицид, проведение процедуры психологической аутопсии, супервизионная работа с целью преодоления собственных трудностей в восприятии смерти и самоубийства.

Приложение 1.

Диагностика суицидального поведения

Шкала безнадёжности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

№	Утверждение	Ответ	
01	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом	верно	неверно
02	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему	верно	неверно
03	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда	верно	неверно
04	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет	верно	неверно
05	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься	верно	неверно
06	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится	верно	неверно
07	Будущее представляется мне во тьме	верно	неверно
08	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек	верно	неверно
09	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем	верно	неверно
10	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему	верно	неверно
11	Всё, что я вижу впереди – скорее, неприятности, чем радости	верно	неверно
12	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу	верно	неверно
13	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас	верно	неверно
14	Дела идут не так, как мне хочется	верно	неверно
15	Я сильно верю в своё будущее	верно	неверно
16	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть	верно	неверно
17	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем	верно	неверно
18	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым	верно	неверно
19	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих	верно	неверно
20	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого	верно	неверно

Ключ:

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	неверно	1	11	верно	1
02	верно	1	12	верно	1
03	неверно	1	13	неверно	1
04	верно	1	14	верно	1
05	неверно	1	15	неверно	1
06	неверно	1	16	верно	1
07	верно	1	17	верно	1
08	неверно	1	18	верно	1
09	верно	1	19	неверно	1
10	неверно	1	20	верно	1

Интерпретация
Максимальный счёт – 20 баллов
0-3 балла – безнадёжность не выявлена;
4-8 баллов – безнадежность лёгкая;
9-14 баллов – безнадежность умеренная;
15-20 баллов – безнадежность тяжёлая.

Опросник на выявление скрытой депрессии (Kielholz P.) [44].

С целью *выявления скрытой депрессии* Kielholz был предложен опросник. Если клиент дает в большинстве своем положительные ответы, то можно предполагать наличие депрессии:

1. Получаете ли Вы такое же удовольствие от жизни, как раньше?
2. Не трудно ли Вам стало принимать решения?
3. Не сузился ли за последнее время круг Ваших интересов?
4. Не стали ли Вы в последнее время больше думать о неприятном?
5. Не кажется ли Вам теперь, что жизнь стала бессмысленной, бесполезной?
6. Не чувствуете ли Вы себя боле усталым и (или) менее энергичным, чем обычно?
7. Не нарушился ли Ваш ночной сон?
8. Не потеряли ли Вы аппетит, не похудели ли?
9. Не ощущаете ли Вы болей в теле или тяжести в грудной клетке?
10. Не расстроилась ли Ваша интимная жизнь?

Методика на определение духовного кризиса (Л. В. Шутова, А.В. Ляшук) [42].

Методика проводится в три этапа, подразумевает индивидуальное использование и может применяться в возрасте от 16 лет.

I этап. Инструкция: «Перед Вами находится таблица с восемью жизненными категориями. Каждую категорию можно представить в трех временах: прошлом, настоящем и будущем. Задумайтесь о своей жизни: о том, какой она была, какая она сейчас и какой Вы ее видите в будущем. Исходя из представлений о собственной жизни, охарактеризуйте проявленность приведенных категорий в Вашей жизни по шкале от 0 («полностью отсутствует») до 6 («постоянно присутствует»)».

Категория	Прош	Насто	Буду
Неудовлетворенност			
Одиночество			
Свобода			
Грех			

Страдание			
Ответственность			
Страх смерти			
Бессмысленность			

II этап. Инструкция: «На оборотной стороне листа напишите, как Вы понимаете каждую из перечисленных жизненных категорий. Постарайтесь не пользоваться цитатами и устойчивыми выражениями. Опишите именно Ваше понимание этих категорий. Если в процессе описания жизненных категорий Вы захотите исправить что-либо в таблице, Вы можете это сделать, но не зачеркивайте первоначальную цифру. Новую цифру пишите либо через «слеш» («/»), либо через запятую (или точку с запятой)».

Примечание. Относительно категории «страх смерти» напишите Ваше понимание того, что такое смерть, а относительно категории «бессмысленность» опишите Ваше понимание смысла жизни.

III этап. Инструкция: «После того, как Вы заполнили бланк ответа, постарайтесь соотнести то, что происходит с Вами на данном жизненном этапе, с тем, что было отмечено Вами в этом бланке. Ответьте на приведенные ниже вопросы:

1. С какой точностью приведенные Вами результаты описывают Ваше состояние?
2. Изменилось ли Ваше отношение к собственной жизни после прохождения методики?
3. Способна ли данная методика помочь Вам для более глубокого понимания себя?»

Обработка результатов

Рассчитываются два показателя:

1. Вероятность духовного кризиса (ДК):

ДК = (Ах 100)/144 (%), где А-сумма баллов по всем ячейкам.

2. Напряженность экзистенциального вакуума (ЭВ):

ЭВ = (Вх100)/90 (%), где В - сумма баллов по категориям «одиночество», «свобода», «ответственность», «страх смерти» и «бессмысленность».

Определяется тенденция духовного кризиса. Для этого рассчитываются временные коэффициенты для каждого временного измерения:

$К_п$ = (Сх100)/48 (%), где С — сумма баллов в столбце «Прошлое»;

$К_н$= (Dxl00)/48 (%), где D - сумма баллов в столбце «Настоящее»;

$К_б$ = (Ех100)/48 (%), где Е - сумма баллов в столбце «Будущее».

Последовательное сравнение этих показателей дает пять основных тенденций:

1.Прогрессивная ($К_п < К_н < К._б$) — наблюдается усиление проявлений духовного кризиса в субъективном времени, что говорит о неудовлетворенности жизнью, о стремлении человека выйти на новый уровень своего развития; появляются устремления нравственного и религиозного характера.

2.Регрессивная ($К_п > К_н > К_б$) - наблюдается снижение проявлений духовного кризиса, что указывает на духовный рост испытуемого; человек по-новому смотрит на жизнь, у него появилась осознанная цель и смысл жизни; человек перестает быть «таким, как все».

3. Стагнационная ($К_п = К_н = К_б$) — в зависимости от величины коэффициентов может указывать на следующие проявления:

а) К > 75% - может свидетельствовать о глубоком духовном кризисе, который связан с потерей смысла жизни, депрессией и чувством вины;

б) 25% < К < 75% — указывает на пограничное состояние, при котором человек видит бессмысленность жизни, но стремится избавиться от этого чувства, «убегая» в работу и повседневные заботы;

в) К < 25% — указывает на человека, довольного жизнью, не стремящегося к вершинам духовного развития; духовного кризиса нет.

4. Пиковая ($К_п < К_н > К_б$) — может указывать на человека, переживающего эмоциональный шок (например, вследствие потери близкого человека) или же испытывающего разочарование от жизни.

5. Низинная ($К_п > К_н < К_б$) — указывает на человека, периодически входящего в состояние духовного кризиса, но отрицающего истинность и ценность своих переживаний; несмотря на это, ему не удается вернуться к своему прежнему состоянию, и он «тоскует по божественному».

Примечание. Если обнаружено равенство только между двумя рядоположными коэффициентами, то они приравниваются, и тенденция в этом случае считается либо прогрессивной, либо регрессивной (в зависимости от знака неравенства).

Шкала одиночества (UKL) *Д. Рассел, М. Фергюсон* [7].

Вводные замечания

Ниже представлен адаптированный вариант, апробированный в разных профессиональных группах и прошедший содержательную валидизацию. В оригинальную версию добавлен 21 вопрос о семейной жизни.

Инструкция: пожалуйста, укажите, как часто вы испытываете состояние, описанное в каждом нижеследующем пункте. Для этого обведите кружком балл для каждого пункта. Постарайтесь отвечать как можно более искренне.

№	Утверждение	никогда	редко	иногда	часто
1	Я нахожусь в ладу с окружающими меня людьми	0	1	2	3
2	Я испытываю недостаток в дружеском общении	0	1	2	3
3	Нет никого, к кому бы я мог обратиться за поддержкой или помощью	0	1	2	3
4	Я чувствую себя одиноким(ой)	0	1	2	3
5	Я ощущаю поддержку близких мне людей	0	1	2	3
6	У меня много общего со многими людьми	0	1	2	3
7	Я предпочитаю оставаться наедине со своими переживаниями	0	1	2	3
8	Никто из окружающих не разделяет моих интересов и мыслей	0	1	2	3
9	Вокруг меня нет людей, кто искренне готов меня поддержать	0	1	2	3
10	Есть люди, к которым я испытываю глубокие чувства	0	1	2	3
11	Я чувствую себя покинутым(ой) и одиноким(ой)	0	1	2	3
12	У меня нет глубоких привязанностей (глубоких чувств)	0	1	2	3
13	Никто не знает меня по-настоящему, не разделяет мои интересы	0	1	2	3
14	Я чувствую себя изолированным(ой) от других	0	1	2	3
15	Я могу найти друзей (приятелей), как только я этого захочу	0	1	2	3
16	Я верю, что есть люди, способные понять меня	0	1	2	3

17	Я несчастен(а) от того, что мне не хватает общения с понимающими и интересными мне людьми	0	1	2	3
18	Люди вокруг меня, но не со мной	0	1	2	3
19	Есть люди, с которыми я могу «отвести душу»	0	1	2	3
20	На самом деле мне не с кем поделиться своим сокровенным	0	1	2	3
21	Я доволен(а) своей семейной жизнью	0	1	2	3

Обработка и интерпретация результатов: Подсчитывается общий индекс одиночества как сумма ответов на все вопросы (прямые + обратные). Максимально возможный показатель одиночества – 63 балла. *Высокая степень*одиночества от 43 до 63; *средний уровень*одиночества от 23 до 43; *низкий уровень одиночества*– от 5 до 23 баллов.

«Ключ»:

Прямые вопросы: 2–4, 7, 8, 9, 11–13, 14, 17, 18, 20.

Обратные вопросы 1, 5, 6, 10, 15, 16, 19, 21.

Опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) [7].

Н. Водопьянова, М. Штейн

В методике «ОППР» ресурсы понимаются как значимые материальные средства (материальный доход, дом, транспорт, одежда, объектные фетиши) и нематериальные конструкты (желания, цели, система верования, идеи, убеждения), внешние (социальная поддержка, семья, друзья, работа, социальный статус) и внутренние – интраперсональные переменные (самоуважение, профессиональные умения, оптимизм, самоконтроль, жизненные ценности, система верований и др.), состояние душевного и физического благополучия, волевые, эмоциональные и энергетические характеристики, которые необходимы (прямо или косвенно) для преодоления реальных или предполагаемых стрессов жизни.

Опросник потерь и приобретений персональных ресурсов (ОППР) разработан на основе ресурсной концепции психологического стресса С. Хобфолла. С его помощью производится оценка динамического взаимодействия потерь и приобретений личностных ресурсов. Исследователь может задать любой временной интервал жизни реципиентов, от полугода и более.

*Инструкция:*просим вас заполнить две части опросника. С его помощью определяются переживания относительно ваших возможных потерь и приобретений. Оцените, пожалуйста, по 5–балльной шкале степень напряженности ваших переживаний по каждому пункту опросника. Для этого обведите цифру, которая соответствует напряженности переживании (ощущений): 1 балл – «нет такого ощущения»; 2 балла – «переживание в малой степени»; 3 балла – «Переживание средней степени»; 4 балла – «переживание в значительной степени»; 5 баллов – «переживание очень сильное».

1. Оценка потерь. Пожалуйста, оцените ваши ощущения за последние полгода (год, два) по каждому перечисленному ниже пункту.

№	За последние полгода (год) я потерял(а)…	Степень переживания				
		нет	низкая	средняя	сильная	Очень сильная
1	Ощущение, что я успешен	1	2	3	4	5
2	Возможность нормально выспаться (или отдыхать)	1	2	3	4	5

3	Возможность одеваться в соответствии с моим социальным статусом (одеваться так, как я хочу)	1	2	3	4	5
4	Ощущение, что я нужен другим людям	1	2	3	4	5
5	Стабильность в семье	1	2	3	4	5
6	Чувство гордости за себя (свои успехи и достижения)	1	2	3	4	5
7	Уверенность, что я достигаю своих целей	1	2	3	4	5
8	Хорошие отношения с близкими родственниками (супругом(ой), детьми, родителями)	1	2	3	4	5
9	Важные бытовые предметы	1	2	3	4	5
10	Уверенность в том, что мое будущее зависит от меня	1	2	3	4	5
11	Собственное здоровье	1	2	3	4	5
12	Жилищные условия, необходимые для достойной жизни в современных социальных условиях	1	2	3	4	5
13	Чувство оптимизма	1	2	3	4	5
14	Возможность здорового и полноценного питания	1	2	3	4	5
15	Ощущение стабильности своей работы	1	2	3	4	5
16	Уверенность, что я контролирую события своей жизни	1	2	3	4	5
17	Признание моих достижений со стороны значимых для меня людей	1	2	3	4	5
18	Мои сбережения, вклады	1	2	3	4	5
19	Мотивацию (желание) что-либо делать	1	2	3	4	5
20	Поддержку коллег	1	2	3	4	5
21	Стабильный доход, достаточный для достойной жизни	1	2	3	4	5
22	Ощущение независимости	1	2	3	4	5
23	Дружбу (друзей)	1	2	3	4	5
24	Знание о том, куда я иду в своей жизни (смысла жизни)	1	2	3	4	5
25	Ощущение, что моя жизнь имеет значение	1	2	3	4	5
26	Положительное мнение о себе	1	2	3	4	5
27	Людей, на которых я мог бы опереться	1	2	3	4	5
28	Возможность получать медицинскую помощь при необходимости	1	2	3	4	5
29	Возможности для образования и самообразования (в том числе и материальные)	1	2	3	4	5
30	Принадлежность к организациям, в которых есть люди со сходными	1	2	3	4	5

	интересами (церковь, клубы, спортивные организации и т.п.)					

2. Оценка приобретений. Пожалуйста, оцените степень выраженности ощущений ваших приобретений за последние полгода (год, два) по каждому перечисленному ниже пункту. Ваши ответы в баллах внесите в бланк для ответов «приобретения».

№	**За последние полгода (год) я приобрел(а)…**	**Степень переживания**				
		нет	низкая	средняя	сильная	Очень сильная
1	Ощущение, что я успешен	1	2	3	4	5
2	Возможность нормально выспаться (или отдыхать)	1	2	3	4	5
3	Возможность одеваться в соответствии с моим социальным статусом (одеваться так, как я хочу)	1	2	3	4	5
4	Ощущение, что я нужен другим людям	1	2	3	4	5
5	Стабильность в семье	1	2	3	4	5
6	Чувство гордости за себя (свои успехи и достижения)	1	2	3	4	5
7	Уверенность, что я достигаю своих целей	1	2	3	4	5
8	Хорошие отношения с близкими родственниками (супругом(ой), детьми, родителями)	1	2	3	4	5
9	Важные бытовые предметы	1	2	3	4	5
10	Уверенность в том, что мое будущее зависит от меня	1	2	3	4	5
11	Собственное здоровье	1	2	3	4	5
12	Жилищные условия, необходимые для достойной жизни в современных социальных условиях	1	2	3	4	5
13	Чувство оптимизма	1	2	3	4	5
14	Возможность здорового и полноценного питания	1	2	3	4	5
15	Ощущение стабильности своей работы	1	2	3	4	5
16	Уверенность, что я контролирую события своей жизни	1	2	3	4	5
17	Признание моих достижений со стороны значимых для меня людей	1	2	3	4	5
18	Мои сбережения, вклады	1	2	3	4	5
19	Мотивацию (желание) что-либо делать	1	2	3	4	5
20	Поддержку коллег	1	2	3	4	5
21	Стабильный доход, достаточный для достойной жизни	1	2	3	4	5
22	Ощущение независимости	1	2	3	4	5
23	Дружбу (друзей)	1	2	3	4	5
24	Знание о том, куда я иду в своей	1	2	3	4	5

	жизни (смысла жизни)					
25	Ощущение, что моя жизнь имеет значение	1	2	3	4	5
26	Положительное мнение о себе	1	2	3	4	5
27	Людей, на которых я мог бы опереться	1	2	3	4	5
28	Возможность получать медицинскую помощь при необходимости	1	2	3	4	5
29	Возможности для образования и самообразования (в том числе и материальные)	1	2	3	4	5
30	Принадлежность к организациям, в которых есть люди со сходными интересами (церковь, клубы, спортивные организации и т.п.)	1	2	3	4	5

Обработка и интерпретация результатов. Подсчитывается индекс ресурсности (ИР) как частное от деления суммы баллов «приобретений» на сумму баллов «потерь». Чем больше ИР, тем больше сбалансированы жизненные разочарования и достижения и выше адаптационный потенциал личности, меньше стрессовая уязвимость. Интерпретация ИР может быть произведена в соответствии с уровнями «ресурсности»:

Уровень ресурсности	Значение индекса ресурсности
Низкий	<0,8
Средний	0,8-1,2
высокий	>1,2

Для изучения корреляционных связей с другими показателями стрессоустойчивости могут быть использованы показатели «потери ресурсов» и «приобретения ресурсов», соответственно равные сумме баллов по первой и второй части опросника. Величины «потерь» и «приобретений» отличаются не только по абсолютным значениям, но также и по их взаимосвязям с показателями качества жизни и психического «выгорания». «Приобретение» ресурсов по своему положительному воздействию более мотивирующее и динамизирующее воздействие на процесс накопления («консервации») адаптационных возможностей и на удовлетворенность жизнью по сравнению с простым отсутствием ресурсных «потерь».

Тест «СР-45» [8].

Методика предназначена для выявления склонности к суицидальным реакциям. Является авторской разработкой П.И. Юнацкевича.

Обследуемому предлагается ответить на 45 вопросов, имеющих порядковую нумерацию от 1 до 45. Ответы фиксируются на бланке, используемом при обследовании, с индексацией «да», если ответ положительный, и «нет», если ответ отрицательный.

Вопросы являются адекватными суицидальным проявлениям. Использование данных вопросов и утверждений в качестве дополнительного стимульного материала позволяет при проведении обследования выявлять лиц, имеющих склонность к суицидальным реакциям, и формировать из них группу риска.

Инструкция:

Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «ДА», если нет – поставьте «-» в графе «НЕТ». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

№	Утверждения	«да»	«нет»
1.	Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторой ситуации?		
2.	Жизнь иногда хуже смерти.		
3.	В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.		
4.	Меня многие любят, понимают и ценят.		
5.	Можно оправдать безнадежных больных, выбравших добровольную смерть.		
6.	Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении.		
7.	Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно потерять или не найти.		
8.	Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы сможете жить дальше?		
9.	Я иногда думаю о своей добровольной смерти.		
10.	В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.		
11.	Всегда и везде стараюсь быть абсолютно честным человеком.		
12.	У меня, в принципе, нет недостатков.		
13.	Может быть, дальше я жить не смогу.		
14.	Удивительно, что некоторые люди, оказавшись в безвыходном положении, не хотят покончить с собой.		
15.	Чувство обреченности, в итоге, приводит к добровольному уходу из жизни.		
16.	Если потребуется, то можно будет оправдать свой уход из жизни.		
17.	Мне не нравиться играть со смертью в одиночку.		
18.	Часто именно первое впечатление о человеке является определяющим.		
19.	Я пробовал разные способы ухода из жизни.		
20.	В критический момент я всегда могу справиться с собой.		
21.	В школе я всегда отличался хорошим поведением.		
22.	Могу обманывать окружающих, чтобы ухудшить свое положение.		
23.	Вокруг меня достаточно много нечестных людей.		
24.	Однажды я выбирал несколько способов покончить с собой.		
25.	Довольно часто меня пытаются обмануть или ввести в заблуждение.		
26.	Я бы не хотел моментальной смерти после тяжелых переживаний.		
27.	Я стал бы жить дальше, если бы случилась мировая ядерная война.		
28.	Человек волен поступать со своей жизнью так, как ему захочется, даже если он выбирает смерть.		
29.	Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, он многое теряет.		
30.	Никому никогда не писал предсмертную записку.		
31.	Однажды пытался покончить с собой.		
32.	Никогда не бывает безвыходных ситуаций.		
33.	Пробовал покончить с собой таким образом, чтобы не чувствовать сильной боли.		
34.	Надо уметь скрывать свои мысли от других, даже если им нет до меня дела.		
35.	Душа человека, наверное, испытывает облегчение, если сама оставляет этот мир.		
36.	Могу оправдать любой свой поступок.		
37.	Если я что-то делаю, а мне начинают мешать, то я все равно буду делать то, что задумал.		

38.	Чтобы человеку избавиться от неизлечимой болезни и перестать мучиться, он, наверное, должен сам прекратить свои муки и уйти из этой жизни добровольно.		
39.	Бывает, сомневаюсь в психическом здоровье некоторых моих знакомых.		
40.	Однажды решался покончить с собой.		
41.	Меня беспокоит отсутствие чувства счастья.		
42.	Я никогда не иду на нарушение закона даже в мелочах.		
43.	Иногда мне хочется заснуть и не проснуться.		
44.	Однажды мне было очень стыдно из-за того, что хотелось бы уйти из жизни.		
45.	Даже в самой тяжелой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.		

При интерпретации полученных данных следует учитывать, что методики констатирует лишь начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования. При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования эта склонность может развиваться.

«Ключ»:

«ДА» (+)	«НЕТ» (-)
1,2,3,5,7,9,13,14,15,16,19,22,24,28,31,33,35,36,37,38,40,41,43,44	4,6,8,10,17,20,26,27,30,32,45

«Ключ» шкалы «лжи» (L):

«ДА»	«НЕТ»
11,12,18,21,23,25,29,34,39	42

Подсчитывается количество совпадений с «ключом».

Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (40):

$Sr = N/35 \pm 0,07$

Где N *– количество совпадающих с «ключом».*

Показатели, полученные по этой методике, могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком уровне склонности к суицидальным реакциям, близкие к нулю – о низком уровне.

Шкала оценок склонности к суицидальным реакциям (Sr).

Уровень оценки Sr	Уровень проявления	Оценка
0,01- 0,23	Низкий	5
0,24 – 0,38	Ниже среднего	4
0,39 – 0,59	Средний	3
0,60 – 0,74	Выше среднего	2
0,75 - 1	Высокий	1

У обследуемых, получивших оценку «4», может возникнуть суицидальная реакция только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

«3» - потенциал склонности к суицидным реакциям не отличается высокой устойчивостью.

«2» - обследуемые относятся к группе риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям. При испытывании затруднений они могут реализовать саморазрушающее поведение.

«1»- обследуемые обладают очень высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям. Нуждаются в помощи.

Оценочный коэффициент (L)выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений.

Показатели, полученные по этой методике, могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком стремлении приукрасить себя и неадекватности ответов, близкие к нулю – о низком уровне и относительно надежной (при условии L < 0,6 ± 0,16) достоверности результатов.

Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой) [10].

Цель: экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование

Инструкция: Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов ставить в случае согласия с утверждением «+», в случае несогласия с утверждением «–».

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса. Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Субшкальный диагностический коэффициент	Номера суждений	Индекс
Демонстративность	12,14,20,22,27	1,2
Аффективность	1,10,20,23,28,29	1,1
Уникальность	1,12,14,22,27	1,2
Несостоятельность	2,3,6,7,17	1,5
Социальный пессимизм	5,11,13,15,17,22,25	1
Слом культурных барьеров	8,9,18	2,3
Максимализм	4,16	3,2
Временная перспектива	2,3,12,24,26,27	1,1
Антисуицидальный фактор	19,21	3,2

Характеристика субшкал:

1. **Демонстративность**. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной регидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко.
2. **Аффективность**. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта.
3. **Уникальность**. Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.
4. **Несостоятельность**. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».
5. **Социальный пессимизм**. Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня».
6. **Слом культурных барьеров**. Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти – доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования».

7. **Максимализм**. Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

8. **Временная перспектива**. Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

9. **Атисуицидальный фактор**. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

«Опросник антисуицидальных мотивов», русскоязычная версия опросника RFL ((«The Reasons for Living Inventory* (RFL) [15,16])**.**

Опросник RFL был переведен на русский язык на кафедре медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского Государственного Университета (М. В. Зотов, М. В. Олина) и прошел адаптацию на выборке здоровых испытуемых без суицидальных тенденций и лиц, госпитализированных в психиатрические больницы в связи с попытками суицида.

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высоком уровне надежности и валидности русскоязычной версии методики. Показатели методики обнаруживают значимые корреляционные связи с показателями других опросных методов оценки суицидального риска («Шкала депрессии Бека», «Шкала безнадежности» и результатами выполнения методики «Сигнал»).

Опросник может применяться для взрослых и подростков с 14 лет.

Опросник включает в себя 6 групп антисуицидальных мотивов, таких как:

1- выживание, умение справляться с ситуацией (убеждение в необходимости преодоления проблемы);
2 - ответственность перед семьей;
3 - мотивы, связанные с детьми;
4 - опасения относительно совершения самоубийства;
5 - опасения социального неодобрения;
6 - моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки.

Инструкция обследуемому.

Многие люди думали о самоубийстве, по крайней мере, однажды.

Вам будет последовательно предложен ряд утверждений, относящихся к причинам, по которым люди не совершают самоубийство. Оцените, в какой степени они соответствуют Вашим убеждениям в настоящее время.

Для этого на регистрационном бланке в строке, соответствующей номеру вопроса, отметьте одно из чисел - от 1 до 6. При этом 1 обозначает то, что данное утверждение является совершенно не важным (не является причиной для того, чтобы не убивать себя); 6 обозначает, что данное утверждение является чрезвычайно важным (как причина для того, чтобы не убивать себя). Числа от 2 до 5 обозначают промежуточные степени такого соответствия:

1- Совершенно не важная (не является причиной для того, чтобы не убивать себя)

2 - Весьма незначительная
3 - Незначительная
4 - Важная
5 - Весьма важная
6 - Чрезвычайно важная (как причина для того, чтобы не убивать себя)
Пожалуйста, используйте целый диапазон ответов, чтобы не было только средних ответов (2,3,4,5) или только крайних (1,6). Старайтесь отвечать искренне.

Опросник антисуицидальных мотивов

1. Я несу ответственность и обязательства перед моими родными.
2. Я полагаю, что я могу учиться приспосабливаться и справляться с моими проблемами.
3. Я полагаю, что я могу контролировать мою жизнь и судьбу.
4. Я хочу жить.
5. Я верю, что только Бог имеет право закончить жизнь.
6. Я боюсь смерти.
7. Моя семья будет считать, что я не люблю их.
8. Я не считаю себя несчастным или безнадежным.
9. Моя семья зависит от меня и нуждается во мне.
10. Я не хочу умереть.
11. Я хочу наблюдать, как растут мои дети.
12. Жизнь - все, что мы имеем, и нет ничего лучше ее.
13. У меня есть планы на будущее, которые я хочу выполнить.
14. Независимо от того, как ужасно я себя чувствую, я знаю,
что это не будет длиться все время.
15. Я боюсь неизвестности.
16. Я люблю свою семью очень сильно и не могу оставить ее.
17. Я хочу испытать все те радости, которые жизнь должна мне преподнести.
18. Я боюсь, что у меня не получится покончить с собой тем методом, который я выбрал.
19. Я достаточно забочусь о себе.
20. Жизнь слишком красива и драгоценна, чтобы закончить ее.
21. Было бы плохо оставить заботу о моих детях другим.
22. Я полагаю, что я могу найти другие решения моих проблем.
23. Я боюсь попасть в ад.
24. Я люблю жизнь.
25. Я слишком сильный, чтобы убить себя
26. Я - трус и не имею мужества убить себя
27. Мои религиозные верования запрещают самоубийство,
28. Мое самоубийство может плохо отразиться на моих детях
29. Я интересуюсь тем, что случится со мной в будущем
30. Это бы слишком сильно травмировало мою семью, и я не хочу, чтобы она страдала.
31. Меня волнует, что другие думают обо мне.
32. Я полагаю, что все, что происходит, к лучшему.
33. Я долго не мог решить, где, когда и как это сделать.
34. Я считаю, что это нравственно неправильно.

35. У меня есть много дел, которые я хотел бы сделать.
36. Я достаточно храбр, чтобы бороться о трудностями жизни.
37. Я счастлив и доволен своей жизнью.
38. Я боюсь фактического акта самоубийства (боль, кровь, насилие).
39. Я полагаю, что самоубийство ничего не решит.
40. Я надеюсь, что все улучшится, и будущее будет более счастливым.
41. Другие люди будут думать, что я слаб и эгоистичен.
42. У меня есть внутренняя сила, чтобы выжить.
43. Я не хотел бы, чтобы люди думали, что я не имею контроля над своей жизнью.
44. Я считаю, что я могу найти цель в жизни.
45. Я не вижу никакой причины приближать смерть.
46. Я боюсь, что мой метод самоубийства не приведет к желаемому результату.
47. Я не хотел бы, чтобы мои родные впоследствии чувствовали себя виновными.
48. Я не хотел бы, чтобы мои родные думали, что я эгоист или трус.

Ключ к опроснику

Выраженность того или иного антисуицидального мотива определяется путем подсчета средних оценок по следующим пунктам.

1. Выживание, умение справляться с ситуацией:
2. 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32 35,36,37.39,40, 42,44,45. **(24)**
2. Ответственность перед семьей:
1,7,9,16,30,47,48. **(7)**
3. Мотивы, связанные с детьми:
11,21,28. **(3)**
4. Опасения относительно совершения самоубийства:
6.15, 18,26.33,38,46. **(7)**
5. Опасение социального неодобрения:
31,41,43. **(3)**
6. Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки:
5, 23, 27,34. **(4)**

Интервью, направленное на исследование суицидальных мыслей и отношения к смерти (Э.Берн) [43].

1. Сколько лет вы собираетесь прожить?
2. Почему именно столько? Кто умер в таком возрасте?
3. В каком возрасте находятся ваши отец и мать? Если они умерли, то в каком возрасте? В каком возрасте умер отец вашей матери (для мужчин)? В каком возрасте умерли ваши бабушки (для женщин)7
4. Кто будет возле вас, когда вы будете умирать?
5. Какие могут быть ваши последние слова?
6. Каковы были последние слова ваших родителей (если они умерли)?
7. Что вы после себя оставите?

8. Что будет написано на памятнике после вашей смерти? Что за надпись будет на лицевой стороне?

9. Что бы вы сами написали? Какая надпись могла бы быть на обратной стороне?

10. Что станет для ваших близких сюрпризом после вашей смерти?

Ответы клиента помогают получить информацию об ожидаемой продолжительности жизни, выявить источник формирования суицидальных мыслей, страха смерти, других невротических симптомов.

Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал» [15,16] разработали М. В. Зотов и В. М. Петрукович под руководством доктора медицинских наук В. Н. Сысоева на кафедре психофизиологии Российской Военно-медицинской академии, где она прошла апробацию на больших выборках взрослых людей. Методика выполнена в виде компьютерной программы и дает возможность отличить готовность к истинно суицидальному поведению от поведения демонстративно-шантажного и самоповреждающего. Испытуемому предлагаются задачи по выявлению грамматических ошибок в предложениях с нейтральным и суицидальным содержанием. При этом регистрируется время реакции на дополнительный звуковой стимул.

В основе методики «Сигнал» лежат результаты экспериментальных исследований и наблюдений, свидетельствующих, что при наличии у человека какой-либо выраженной мотивации любая информация, имеющая к ней отношение, непроизвольно привлекает его внимание.

Методика «Сигнал» относится к объективным личностным тестам, поскольку ориентирована на оценку объективных психофизиологических показателей без опоры на экспертные суждения или личностные самооценки. Тест сконструирован и предъявляется таким образом, что для испытуемого остаётся скрытым, какие стороны его поведения и переживаний подвергаются изучению. Это уменьшает возможность сознательных искажений реакций испытуемого при проведении обследования, делает его результаты более достоверными.

Методика основана на измерении резервов внимания при переработке информации с нейтральным и суицидальным содержанием.

Шкала суицидальных намерений Пирса
(Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О. пациента_____

Ф.И.О. оценивающего специалиста_____

Дата_____

Обстоятельства		
Изоляция	0 1 2	Кто-либо присутствовал рядом Недалеко или телефонный контакт Никого рядом
Расчет времени	0 1 2	Возможно чьё-то вмешательство Вмешательство маловероятно Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	0 1 2	Не предпринимал Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта) Активные меры

Действия по привлечению помощи	0 1 2	Сообщил кому-либо о попытке Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке Ни кому не сообщал и не контактировал
Предшествующие «последние действия»	0 1 2	Не совершал Частичные приготовления Определённые планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0 1 2	Нет Написана и порвана Написана и имеется в наличии
Самоотчёт		
Летальность	0 1 2	Считал, что действие не приведёт к смерти Не был уверен в летальности действия Был уверен, что действие смертельно
Декларируемые намерения	0 1 2	Не хотел умирать Не уверен Хотел умирать
Подготовка	0 1 2 3	Действие импульсивно Обдумывал менее 1 часа Обдумывал менее 1 дня Обдумывал более 1 дня
Реакция на совершенное действие	0 1 2	Рад, что остался жив Неопределённая или двойственная реакция Сожалеет, что остался жив
Медицинский риск		
Прогнозируемый исход	0 1 2	Определённо выжил бы Смерть маловероятна Смерть вероятна или определённа
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0 1 2	Вероятность отсутствует Неопределённо Высокая вероятность смерти

Пункты (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = ‘сумма баллов подшкалы обстоятельств’ = __
Пункты (7 + 8 + 9 + 10) = ‘сумма баллов подшкалы самоотчёта’ = __
Пункты (11 + 12) = ‘сумма баллов подшкалы медицинского риска’ = __

Общая сумма баллов
0 – 3 = Низкий уровень интенций;
4 – 10 = Средний уровень интенций;
Более 10 = Высокий уровень интенций

Шкала разработана как дополнительный метод оценки, не заменяет клинической оценки риска экспертом.

Глоссарий

Амбивалентность аутоагрессивных (суицидальных) мотивов — психическое состояние, характеризующееся одновременным существованием аутоагрессивных (суицидальных) и антисуицидальных мотивов. Практически всегда присутствует в пресуицидальном периоде. Может использоваться как основа для проведения коррекционных и профилактических мероприятий путем активизации антисуицидальных факторов личности.

Антивитальные переживания — размышления, фантазии о бессмысленности, «ненужности» жизни без четких представлений о собственной смерти. Антивитальные переживания не обладают конкретной аутоагрессивной (суицидальной) направленностью.

Антисуицидальный барьер — комплекс социально-психологических факторов личности, препятствующий формированию суицидальной активности или обесценивающий ее значимость как способа разрешения психотравмирующей ситуации. Может быть представлен религиозными верованиями о греховности суицидального поведения; социальными установками, обусловленными наказуемостью суицидальных действий (в том числе уголовной); эстетическими представлениями о «некрасивости» самоубийства и т. д. Синоним — Антисуицидальные факторы.

Аутодеструктивное поведение — непреднамеренные действия (преднамеренные поступки при не осознавании возможности смертельного исхода как их результата), следствием которых является физическое или психическое разрушение личности. Одна из форм аутоагрессивного поведения.

Синоним — Саморазрушающее поведение.

Аффективная разрядка — действия, направленные на эмоциональное выражение негативных, тяжело переносимых личностью переживаний. Суицидальные (аутоагрессивные) действия часто являются формой аффективной разрядки.

Биологические методы коррекции суицидальной активности — различные медикаментозные и немедикаментозные виды биологической терапии, непосредственно направленные на коррекцию и профилактику суицидальной активности. Характер медикаментозной терапии зависит от причин (наличие соматической или психической патологии), приведших к суицидогенезу, или последствий осуществления суицидальных действий. К наиболее распространенным психофармакологическим средствам, применимым в коррекции суицидальной активности, относятся транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики. К немедикаментозным биологическим методам коррекции суицидальной активности относится латеральная терапия (смотри соответствующий раздел).

Диссимуляция суицидального поведения — поведение суицидента, направленное на сокрытие проявлений суицидальной активности.

Доведение до самоубийства — жестокое обращение или систематическое унижение личного достоинства человека, находящегося в материальной или иной зависимости от лица, совершающего эти действия, побудившие потерпевшего совершить самоубийство. Кроме этого, выделяют подстрекательство к самоубийству и пособничество самоубийству (смотри Ассистированный суицид). Данные действия в ряде стран преследуются

уголовным законодательством (в том числе в Украине, России, Великобритании и в других государствах).

Завершенный суицид - смотри Самоубийство.

Знание о смерти — распространенные в обществе представления и понятия о смерти. Могут быть использованы в профилактической работе по предотвращению формирования суицидального поведения. Ошибочное знание о смерти является основой возникновения мифов о самоубийствах.

Индивидуальные суицидогенные факторы (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) — личностные особенности суицидента, способствующие формированию суицидального поведения и осуществлению суицидальных действий. Подразделяются на:

— предиспозиционные: недостаточность или неполноценность психического функционирования (мотивация; ориентировка в ситуации и ее оценка; целеполагание; осуществление выбора поведения). Суицидальную опасность несут: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам; максимализм суждений и их незрелость; дефектность прогнозирования; неблагополучие в коммуникации; неадекватность самооценки; психологическая уязвимость; — позиционные: дезадаптивная позиция, занимаемая суицидентом в ситуации конфликта. Наиболее суицидоопасным является пассивнооборонительный характер поведения. Обычно характеристика позиции соответствует одному из типов суицидальной мотивации;

—статусные: особенности психического состояния или психического реагирования суицидента, непосредственно влияющие на вероятность осуществления суицидальных действий. При наличии психических расстройств такими факторами являются аффективная, аффективно-бредовая или галлюцинаторно-бредовая симптоматика. У практически здоровых лиц статусные факторы проявляются в виде психологических личностных реакций;

— интенционные: особенности личностных намерений относительно суицидального поведения, характера и степени его выраженности (смотри Формы суицидального поведения).

Имитационное поведение - подражание каким-либо формам деятельности. Наиболее характерно для подросткового возраста. Его суицидальная опасность может выражаться в провокации суицидальных действий (смотри Кластерные самоубийства). Возможен вариант самоимитационного поведения (смотри Суицидомания), представляющий наибольшую опасность в рецидивировании суицидального поведения.

Институциональный суицид (Farberow N., 1980) — суицидальные действия, обусловленные социальным императивом (жертвеннические, ритуальные самоубийства на религиозной почве или согласно принятым в обществе нормам поведения).

Истинные суицидальные действия — осознанные преднамеренные действия, целью и мотивом которых является добровольное лишение себя жизни.

Кластерные самоубийства — резкое учащение осуществления суицидальных действий (самоубийства, суицидальные попытки), обусловленных частыми сообщениями в средствах массовой информации о самоубийствах и других формах суицидального поведения (наиболее характерно для сюжетов в кинофильмах, телепередачах). Также его причиной может быть самоубийство харизматической (одиозной) личности, что воспринимается людьми (обычно подростками) как модель разрешения психотравмирующей ситуации. Является вариантом имитационного поведения.

Клинико-лингвистическая диагностика суицидального поведения (Ганзин И. В., 1997) — комплексный анализ речи пациента, направленный на выявление суицидальных проявлений, психологического кризиса или психопатологических предикторов суицидальной активности. При проведении клинико-лингвистичес-кой диагностики суицидальный риск проявляется в:

— прямых высказываниях, а также оговорках или незавершенных мыслях, отражающих суицидальные тенденции;

— выраженном эгоцентризме в восприятии реальности;

— наличии множества глаголов директивного характера в контексте суицидальных высказываний;

— ослаблении или выпадении лексико-семантической группы, описывающей гедонистические переживания или представления;

— наличии паралингвистических характеристик аффективных нарушений: явная замедленность темпа речи, заполнение речевых пауз глубокими вздохами, монотонности интонации и т. д.

Когнитивная психотерапия (Beck A., 1976) — психотерапевтическиий метод, направленный нараспознавание и устранение несоответствия объективной реальности и основных ситуационных установок суицидента (его восприятие действительности).

Когнитнвистская теория самоубийств (E. Shneidman, 1968) — описание суицидального поведения с позиции его «познаваемости». Выделяет следующие типы суицидов:

1. С точки зрения отсутствия или наличия нарушений психической деятельности:

— «логический»: обусловлен наличием интенсивной боли или

неизлечимого соматического заболевания при отсутствии психических нарушений, «неповрежденном разуме», носит характер «суицидобрыва»;

— «каталогический»: обусловлен наличием семантических ошибок и расщеплением мышления;

— «палеологический»: обусловлен наличием психотических расстройств.

2. С точки зрения личностной мотивации:

— «логический»: определяется мотивами бегства, воссоединения, самонаказания, возрождения и т. д.;

—«эготический»: определяется чувством непереносимости окружающего мира, стремлением уйти от него;

— «диадический»: включает в себя все случаи самоубийства как интерперсонального события (возмездие, манипуляция, призыв и т. д.), является реакцией на фрустрацию желаемой реализации межличностных отношений;

—- «агенеративный суицид»: обусловлен наличием экзистенциального кризиса, когда индивидуум теряет ощущение смысла участия в «потоке человеческого бытия».

Концепция суицидального поведения А. Г. Амбрумовой (1971) — описывает представления о том, что каждый случай самоубийства определяется соотношением средовых, личностных и психопатологических (при их наличии) факторов. Основными аспектами концепции являются:

— к основным диагностическим категориям суицидентов относятся психически больные с эндогенными психопатологическими расстройствами, больные с пограничными психическими расстройствами и практически здоровые люди;

— у всех суицидентов обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации, которая может быть парциальной или тотальной (в зависимости от степени и характера нарушений основных направлений

адаптационной деятельности: познавательного, преобразовательного, коммуникативного и ценностноориентационного);

— во всех случаях решающим моментом формирования манифестирующих суицидальных проявлений является суицидогенный конфликт;

— принятие суицидального решения (вне зависимости от причин, условий, форм дезадаптации) происходит только после этапа личностной переработки суицидогенного конфликта. Не существует непосредственной зависимости суицидального поведения от характера и тяжести болезненных переживаний: даже в случае наличия у суицидента психотического состояния «псевдореальный» конфликт преломляется через базальные установки личности, что обуславливает выбор характера последующего по ведения.

Коэффициент летальности самоубийств (Бородин С. В., Михлин А. С, 1978) — величина соотношения количества самоубийств к числу суицидальных попыток.

Коэффициент соотношения уровня самоубийств — величина пропорционального соотношения числа самоубийств у мужчин и женщин, стабильно сохраняющееся на значительных отрезках времени.

Кризис (Caplan G., 1964) — состояние, вызванное столкновением личности с препятствиями на пути удовлетворения важных жизненных целей (фрустрацией основных ценностных установок), в случае, когда подобные препятствия не могут быть преодолены обычными способами разрешения проблем (с помощью сложившихся стереотипов поведения).

Кризисный период (Caplan G., 1964) — временной параметр кризиса, в развитии которого выделяют:

— период начального повышения напряжения;

— период несостоятельности в разрешении проблемы с помощью сложившихся стереотипов поведения;

— период «поспешной» мобилизации защитных сил (компенсаторных адаптационных возможностей) при хаотическом поиске новых вариантов решения проблемы;

— проблемы дальнейшего роста напряжения, приводящего к дезорганизации поведения и функционирования, в частности к формированию суицидального поведения.

Кризисная психотерапия (Старшенбаум Г. В., 1987) — неотложная, ургентная психотерапевтическая помощь пациентам, находящимся в кризисном состоянии и нуждающимся в коррекции суицидальных проявлений. Нацелена на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приведших к развитию суицидального поведения, а также на поиск и тренинг неопробированных пациентом способов разрешения суицидогенного конфликта. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой формах. Включает этапы:

— кризисной поддержки, направленной на установление терапевтического контакта, раскрытие суицидоопасных переживаний, мобилизацию личностной защиты (актуализацию антисуицидальных факторов) и заключение терапевтического договора (определение кризисной проблемы и форм ее коррекции, разделение ответственности за результат совместной работы);

— кризисного вмешательства, направленного на выявление и коррекцию неадаптивных установок блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, рассмотрение неопробированных способов разрешения суицидогенного конфликта и активизацию терапевтической установки;

— повышения уровня адаптации, направленного на выработку и тренинг неопробированных способов адаптации, ведущих к разрешению психотравмирующего (суицидогенного) конфликта.

Кризисное состояние — психическое (психологическое) состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (вследствие резкого изменения образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации. Характеризуется чувством беспокойства, тревоги различной интенсивности; фиксацией на психотравмирующей ситуации; переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего; выраженными затруднениями в планировании деятельности. Является одним из основных и непосредственных условий суицидогенеза. Выделяют следующие стадии кризисного состояния (Амбрумова А. Г., Полеев А. М., 1986):

— «психического шока»: период дезорганизации психической деятельности длительностью до трех суток с момента получения психотравмы;

— дезорганизации: период «проживания» психотравмы длительностью от суток до двух недель;

— демобилизации; период полного осознания создавшейся ситуации, ее безысходности (невозможности восполнения потери и т. д.)) что часто служит триггером формирования депрессивных расстройств длительностью от нескольких суток до нескольких недель;

— адаптации («принятия» создавшейся ситуации): период рационализации психотравмы, включения ее (или ее последствий) во внутриличностную картину мира, а также разрешения психотравмирующей ситуации длительностью в несколько недель;

— восстановления: период нормализации психической деятельности длительностью до нескольких месяцев.

Наиболее суицидоопасными являются стадии дезорганизации и демобилизации.

Латеральная терапия — эффективный биологический немедикаментозный метод коррекции и профилактики суицидального поведения (Чуприков А. П., Линеа А. Н., Марценковский И. А., 1994; Пилягина Г. Я., 1997). Терапевтическое влияние на психические нарушения осуществляется путем направленного изменения межполушарных взаимоотношений. По способам воздействия различают:

—зонально-латеральное электростимулирование: унилатерально направленное (с право- или левополушарной афферентацией) чрезкожное импульсное низкочастотное субсенсорное электрическое воздействие, а также латеральная электропунктура биологически активных точек;

— латеральная светотерапия: унилатерально направленное одновременное или раздельное воздействие электромагнитным из лучением оптического диапазона (длинноволновое и коротковолновое) на правую и левую половины сетчатки глаз.

Личностный смысл самоубийства (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) — соотношение желания добровольного ухода из жизни (как цели суицидального действия) и потребности изменения суицидогенного конфликта тем или иным способом, в том числе и путем самоубийства (как мотивации деятельности).

Мифы о самоубийствах — существующие и распространенные в обществе ошибочные представления о самоубийствах (суицидальном поведении в целом).

Мотивы суицидального поведения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) — личностные побуждения, вызывающие желание добровольного ухода из жизни и определяющие суицидальную направленность поведения человека. Выделяют пять основных групп мотивов, ведущих к формированию суицидального поведения:

— протест: реакция отрицательного воздействия на объекты вызвавшие психотравмирующую ситуацию (к протестным мотивам относится месть);

— призыв: активация помощи извне с целью привлечь внимание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотрамирующую ситуацию;

— избежание: уход от наказания или страдания (избавления от тяжести психического или соматического состояния);

— самонаказание: искупление «собственной вины» путем совершения суицидальных действий;

— отказ от жизни: цель и мотив суицидального поведения совпадают (цель — самоубийство, мотив — отказ от существования).

Неподтвержденный суицид — отсутствие подтверждения данных о совершении самоубийства при бездоказательных заявлениях окружающих об этом (обычно при несчастном случае).

Несчастный случай — неосознанные или непреднамеренные действия, приведшие к каким-либо патологическим последствиям для организма или к смертельному исходу. В отличие от суицидального поведения при несчастном случае действия не направлены на добровольное лишение себя жизни. Таким образом любые действия (в том числе аутоагрессивные), целью которых не является осознанное желание покончить с собой, должны квалифицироваться как несчастный случай. К несчастному случаю следует относить аутоагрессивные действия психически больных в состоянии психоза.

Осложненный постсуицидальный период — наличие каких-либо патологических соматических последствий вследствие совершения суицидальной попытки.

Организация суицидологической помощи — система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи больным с суицидальными (аутоагрессивными) проявлениями. Включает следующие этапы:

— первичной помощи: доврачебная (может быть оказана любым человеком) или первая врачебная помощь, которая оказывается суициденту при наличии соматических осложнений вследствие осуществления суицидальных действий; может быть оказана врачом любой специальности, чаще всего оказывается бригадой скорой помощи, в больнице скорой помощи или любом другом лечебном учреждении;

— экстренной помощи: неотложная психиатрическая помощь при необходимости оказывается психиатрами в любом лечебном учреждении, куда поступил пациент с суицидальным поведением; неотложная психотерапевтическая помощь оказывается службой телефона доверия;

— амбулаторно-консультационной помощи: амбулаторная работа проводится суицидологами (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог) в специализированных кабинетах социальнопсихологической помощи при поликлиниках общесоматического профиля или в специализированных суицидологических кабинетах при психоневрологических диспансерах;

— госпитальной помощи: стационарная специализированная помощь оказывается пациентам с суицидальными проявлениями в условиях кризисного стационара либо в психиатрических больницах в случае, когда аутоагрессивное (суицидальное) поведение обусловлено психопатологическими расстройствами.

Синоним — Суицидальная попытка.

Пик суицидальной активности — определенный временной период, когда с наибольшей частотой для данной популяции или на данной территории совершаются самоубийства (суицидальные попытки).

Посмертная записка — какое-либо письменное сообщение о причинах (событиях, людях, действиях), приведших к самоубийству, оставляемая суицидентом обычно на месте его совершения.

Потенциальные суициденты — лица, имеющие суицидальные намерения (тенденции), но не совершившие суицидальные действия.

Предикторы суицидального поведения — признаки, определяющие вероятность формирования суицидального поведения под воздействием (влиянием) внешних или внутриличностных физических, психологических или социальных факторов.

Синоним — Суицидогенные факторы.

Пресуицид (Амбрумова А. Г., Леви В. Л., 1974) — состояние личности, обусловливающее повышенную, в отношении к условной «норме», вероятность совершения суицидального акта (даже заведомо незавершенного). Выявляемые в пресуициде психопатологические проявления носят полиморфный характер.

Синоним — Пресуицндальный синдром.

Пресуицидальный период — период формирования суицидальной активности, границами которого являются момент возникновения суицидальных побуждений и момент осуществления суицидальных действий (смотри Стадии суицидального поведения). Выявляемые в пресуицидальном периоде психопатологические проявления отличаются клинической полиморфностью.

Пресуицидальный синдром (Ringel E, 1953) — психологический симптомокомплекс, сопутствующий формированию суицидального поведения. В основе — «ограничение психической жизни», обусловленное личностными установками или особенностями интерперсонального контактирования. Включает в себя сужение аффективной сферы с ограничением межличностных контактов; усиление «агрессивности», направленной против себя; наличие суицидальных фантазий.

Пресуицидальный синдром невовлеченности (Brautigam W., 1969; Quidi M., 1972) — изменение субъективного течения времени, ощущения пространства и схемы тела при наличии пресуицидального синдрома, включающего в себя чувство одиночества, обвинение окружающих, самообвинение и фантазирование о ситуации, которая должна сложиться после совершения самоубийства.

Профилактика суицидального поведения — различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, в частности, превенцию формирования суицидальных побуждений, осуществления суицидальных действий и рецидивирования суицидального поведения. Различают следующие виды профилактики суицидального поведения:

1. По содержанию:

— специализированные психиатрические (собственно суицидологические): терапевтические (медикаментозные и немедикаментозные) мероприятия, направленные на предотвращение формирования (рецидивирования) суицидальной активности, а также на лечение психических расстройств, приведших к суицидогенезу или возникновению аутоагрессивных проявлений);

— психологические: коррекционные мероприятия, направленные на изменение личностных установок в отношении суицидальных проявлений, повышение уровня психологической защищенности, формирование «антисуицидального барьера» (активизацию антисуицидальных факторов личности) и, таким образом, предотвращающие формирование (рецидивирование) суицидальной активности;

— общемедицинские: лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий (осложнений) совершенной суицидальной попытки;

— социальные: мероприятия, направленные на изменение социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов и способные предотвратить формирование (рецидивирование) суицидальной активности или осуществление суицидальных действий;

— информационно-обучающие: мероприятия, направленные на распространение знаний (в частности в средствах массовой информации) об особенностях генеза и формирования аутоагрессивного (суицидального) поведения, способах «самопомощи» при возникновении суицидальных проявлений, наличии и характере работы суицидологических служб; а также специализированные учебные суицидологические программы для психиатров и врачей общей практики.

2. По последовательности:

— первичная: мероприятия, проводимые с суицидентами с целью предотвращения осуществления суицидальных действий; к первичной профилактике относятся информационно-обучающие мероприятия по вопросам суицидологии, проводимые для любых категорий населения;

— вторичная; мероприятия, проводимые с суицидентами, со вершившими суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения:

— третичная: мероприятия, проводимые с близким окружением (родственники, друзья и т.д.) суицидентов, совершивших суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения; а также направленные на превенцию формирования суицидального поведения имитационного характера в таком окружении (смотри Суицидологическая поственция).

Синоним — Суицидологическая превенция.

Психическая травма — какая-либо личностно значимая ситуация (явление), имеющая характер патогенного эмоционального воздействия на психику человека, психологически тяжело пере носимая и способная, при недостаточности защитных психологических механизмов, привести к психическим расстройствам. Практически всегда является причиной или триггером суицидогенеза. Ситуация, в которой человек получает психическую травму, называется психотравмирующей.

Психологическая аутопсия (Shneidraan E., Farberow N., 1961) — посмертный анализ обстоятельств, предшествующих и сопутствующих самоубийству: изучение биография суицидента, различной документации (в том числе медицинской), воспроизведение объективных событий последних дней его жизни, опросы его родственников или знакомых, изучение посмертных записок и т. д.

Психологическая уязвимость — определенные психологические особенности личности, при которых любое физическое или психическое воздействие (объективно малозначимое) может стать психической травмой. Предиктор формирования аутоагрессивного (суицидального) поведения. Контрпонятие психологической защищенности, проявление ее дисфункционирования (недостаточности).

Психологический кризис — нарушение аффективно-когнитивного равновесия психической деятельности, создаваемой внешними обстоятельствами. Характеризуется ее дезорганизацией, уровень которой пропорционален степени нарушения адаптационных возможностей человека. Вызывает дисбаланс конструктивных и разрушительных тенденций в психической деятельности, чем обуславливает формирование агрессивной или аутоагрессивной форм поведения.

Психотерапевтические методы коррекции суицидальной активности — различные виды психотерапии, направленные на коррекцию и профилактику суицидальной активности. С этой целью наиболее часто используются следующие методы психотерапии: рациональная, суггестивная, гештальттерапия, психоанализ, психосинтеа, клиентцентрированная, медитативная и другие. К прицельным методам психотерапевтической коррекции суицидальной активности относятся: кризисная психотерапия, аксиологическая коррекция, когнитивная психотерапия (смотри со ответствующие разделы). Традиционные методы психотерапии нацелены на личностный рост (активацию внутриличностных ресурсов), изменение основных личностных установок, приведших к формированию суицидального поведения (в отличие от кризисной психотерапии, направленной на преобразование кризисной ситуации).

Рецидивирование суицидального поведения — возобновление суицидальной активности после совершенной суицидальной попытки. Может быть обусловлено как сохраняющейся, прежней психотравмирующей ситуацией, так и сформировавшейся, новой. При этом ранее осуществленные суицидальные действия могут стать прецидентом способа разрешения психотравмирующей ситуации (вариант «самоимитационного» поведения). Наиболее тяжелые аутоагрессивные самоповреждения наносят себе психически больные в состоянии психоза: проникающие ранения черепа, брюшной полости; встречаются случаи самокастрации и другие.

Синоним — Членовредительство.

Саморазрушающее поведение (Farberow N., 1980) — различные формы поведения человека, целью которых не является добровольная смерть, но ведущие к социальной, психологической и физической дезадаптации, деградации личности. Результатом саморазрушающего поведения может быть как преднамеренное, так и непреднамеренное нанесение вреда своему психическому и физическому здоровью вплоть до его смерти. Разновидностями саморазрушающего поведения являются такие заболевания как алкоголизм, наркомании, токсикомании; а также неоправданный риск; асоциальное, деликвентное поведение; анозогнозическое поведение при наличии жизнеопасной соматической патологии; любые другие намеренные (или неосознанные) действия, ведущие к разрушению физического или психического здоровья. Самоубийство является крайней формой саморазрушающего поведения.

Сезонные колебания частоты суицидальных действий — увеличение суицидальной активности (количества суицидальных действий) в определенное время года. Например, количество суицидальных попыток возрастает в весеннее время; в отношении самоубийств данные различных исследований расходятся.

Синдром потери (утраты) — состояние, обусловленное потерей особо значимого лица (любимый, любимая; муж, жена; дети, родители) вследствие его смерти или разрыва отношений. Понятие «синдрома потери» применимо к ситуации или явлению резкого изменения образа жизни вследствие утраты чего-либо с субъективным ощущением и переживанием такой утраты (например: утрата профессии, потеря места жительства в результате стихийного бедствия, нетрудоспособность вследствие инвалидизации). Может

быть причиной психогенных расстройств или различных соматовегетативных нарушений. Является суицидоопасным психологическим состоянием с высокой вероятностью осуществления и рецидивирования суицидальных действий.

Синоним — Синдром острого горя.

Способы совершения суицидальных действий — действия, при совершении которых может быть достигнут добровольный уход из жизни: повешение, падение с высоты и под транспорт, утопление, голод, отравление лекарственными средствами, различными токсическими веществами, применение огнестрельного и холодного оружия, самосожжение и т. д.

Статистический портрет суицидентов — набор анализируемых признаков, характерных для лиц с суицидальными проявлениями: специфически суицидологических (сезонные или суточные колебания частоты суицидальных действий, характеристики суицидального поведения, обстоятельства и способы совершения суицидальных действий и т. д.), демографических (пол, возраст, этническая принадлежность и т. д.), социальных (уровень жизни, семейное положение, трудоустроенность и т. д.), психологических (особенности личности, мотивация суицидального поведения и т. д.), психопатологических (наличие и особенности психических расстройств, наличие алкоголизма или наркомании, алкогольного или наркотического опьянении и т. д.) и других (наличие соматического заболевания и т. д.).

Суицидальные коммуникации (Shneidman E., 1970) — характерные проявления суицидальных намерений человеком в межличностном общении, которые следует рассматривать как предупреждающие знаки о возможности осуществления суицидальных действий. Выделяют 5 признаков:

— форма: вербальная, в том числе письменная;

— характер: прямой (открытый) или косвенный (замаскированный);

—«содержание: проявление аффектов (чувства вины или осуждения), попытка объяснить свой поступок, поручение или просьба к окружающим;

— объект: определенное лицо или группа;

— цель: крик о помощи (мольба о спасении), выражение враждебности (обвинение окружающих, самообвинение).

Суицидологический анамнез — выявление в анамнезе суицидента предшествующих суицидальных попыток либо других форм суицидальной активности.

Суицидальная диагностика — клинические способы выявления суицидальной активности, формулирующие диагнозы: психологический, социодинамический и дескриптивный (оценка динамики подготовки суицида и нарастания суицидальных тенденций, а также психопатологическая диагностика). Представляет собой анализ не только собственно суицидальных проявлений (особенности, вероятность реализации и т. д.) в их статике и динамике, но и всей совокупности клинических, личностных и средовых факторов, участвующих в суицидогенезе.

Суицидальная угроза — высказывания или действия, свидетельствующие о наличии у человека суицидальной активности и вероятности осуществления суицидальных действий. Могут неосознаваться суицидентом.

Синоним — Суицидальные сигналы.

Суицидальное поведение (Deshais G., 1947) — вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой (цель — смерть, мотив —

разрешение или изменение психотравмирующей ситуации путем добровольного ухода из жизни), то есть любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Имеет определенные формы, способы осуществления, стадии развития, предикторы, факторы риска (смотри соответствующие разделы) и т. д.

Суицидальное решение — момент осознания того, что самоубийство есть единственный путь разрешения психотравмирующей ситуации с последующим формированием суицидального поведения.

Суицидальные действия — личностная активность, подчиненная конкретной цели добровольного ухода из жизни. Однако добровольная смерть как мотивация суицидальных действий совпадает с целью только в случае истинных суицидальных действий. В большинстве случаев мотивом суицидальных действий является изменение существующей (сложившейся) психотравмирующей ситуации.

Суицидальные замыслы — активная (внутренняя) форма суицидального поведения, проявляющаяся в осознанной тенденции к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана реализации суицидальной активности (продумываются способы, время, место, дополнительные условия осуществления суицидальных действий).

Суицидальные мысли — пассивная (внутренняя) форма суицидального поведения, характеризуется представлениями (мыслями) на тему своей смерти, но не оформляется в осознанное желание лишения себя жизни как варианта самопроизвольной активности.

Суицидальные намерения (тенденции) — активная (внутренняя) форма суицидального поведения, включает не только суицидальные замыслы, но и самопроизвольные поступки по планированию и подготовке суицидальных действий, непосредственно предшествующие их осуществлению. Предполагает принятие суицидального решения и приводит к совершению суицидальных действий.

Суицидальные сигналы — завуалированные действия, иносказательные высказывания, свидетельствующие о наличии у человека суицидальной активности. Могут не осознаваться суицидентом.

Синоним — Суицидальная угроза.

Суицидальные фантазии — представления о возможности разрешения психотравмирующей ситуации с помощью собственной смерти, самоубийства; носят пассивный характер без четкого осознавания и характера самопроизвольной суицидальной активности.

Суицидальные переживания — разработанные вербальные представления о самоубийстве, протекающие на негативном эмоциональном фоне.

Суицидальный процесс — последовательность внутренних или внешних актов, направленных на формирование суицидального поведения или осуществление суицидальных действий.

Суицидальный риск — степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий. Степень выраженности суицидального риска (вероятность осуществления

суицидальных действий) можно определить путем сопоставления суицидогенаых и антисуицидальных факторов личности, а также степенью влияния личностно-ситуационных (характер и значимость суицидогенного конфликта) и средовых (социальнодемографических) факторов. Различают следующие варианты суицидального риска (Litman R., 1966):

— острый: высокая вероятность осуществления суицидальных действий (пресуицидальный период может быть «мгновенным»), следует рассматривать как неотложное состояние;

— хронический: длительное существование терапевтически резистентных суицидальных переживаний, некупирующихся после совершения суицидальной попытки (смотри Суицидомания).

Суицидент - человек, обнаруживающий любые формы суицидальных (аутоагрессивных) проявлений, в том числе совершивший суицидальную попытку или самоубийство. Суицидентом может быть назван психически больной, находящийся в состоянии психоза и выявляющий аутоагрессивные проявления, с указанием, что данная форма поведения носит аутоагрессивный характер.

Суицидент с прерванным успехом (Stengel E., 1968) — незавершение суицидального акта смертью, благодаря своевременной медицинской помощи, при использовании суицидентом высоколетальных способов совершения самоубийства.

Суицидогенез — процесс формирования суицидального поведения от момента возникновения антивитальных переживаний вплоть до момента осознания и четкой формулировки суицидальных тенденций или реализиции суицидальных действий.

Синоним — Суицидальный процесс.

Суицидогенная семья — наличие многократных (в том числе повторных) самоубийств или суицидальных попыток в нескольких поколениях одной семьи.

Суицидогенная установка — личностное представление, убеждение о большей, чем собственная жизнь, значимости какой-либо иной ценности (отрицательное отношение пациента к собственной жизни и чаще положительное к собственной добровольной смерти).

Суицидогенный конфликт (Амбрумова А. Г.. Тихоненко В. А., 1980) — наличие двух или нескольких разнонаправленных (разномотивационных) тенденций, одна из которых является актуальной потребностью человека, в данный момент и в данной ситуации, а другая (остальные) — препятствует удовлетворению этой потребности, а результатом такого состояния (следствием его неразрешимости) является формирование суицидального поведения. Различают внутриличностный и межличностный суицидогенный конфликты. При этом межличностный конфликт чаще приводит к осуществлению суицидальных попыток, а внутриличностный — к совершению самоубийств. Выделяют две фазы суицидогенного конфликта:

— предиспозиционная: конфликт для субъекта имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостными психическими (психологическими) переживаниями и стремлением его ликвидировать;

— суицидальная: устранение (разрешение) конфликта за счет самоуничтожения субъекта.

Суицидогенные факторы — какие-либо причины, условия или воздействия, вызывающие в качестве этиопатогенетического компонента формирование суицидального поведения.

Суицидологическая интервенция (Shneidman E., 1985) — мероприятия, лечебная помощь, оказываемая при наличии у человека суицидальных (аутоагрессивных) проявлений и направленная на предотвращение осуществления суицидальных действий.

Суицидологическая превенция — смотри Профилактика суицидального поведения.

Суицидологическая поственция (Shneidman E., 1985) — оказание психотерапевтической помощи ближайшему окружению (родственники, друзья) суицидента после осуществления им самоубийства. Вариант профилактики суицидального поведения.

Синоним — Третичная профилактика суицидального поведения.

Суицидоопасные личностные реакции (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) — определенный характер поведения личности с достаточной вероятностью формирования суицидальной активности в ответ на воздействие внешних физических или психических психотравмирующих факторов. Эти реакции характерны как для больных с пограничными психическими расстройствами, так и для психически здоровых лиц. Выделяют следующие типы реакций:

— эгоцентрического переключения: непосредственно возникающая кратковременная психическая реакция на острый межличностный конфликт. Идеи суицида появляются в сознании внезапно и приобретают непреодолимую побудительную силу. Характеризуется аффективно-суженным состоянием сознания и мышления. Суицидальное поведение носит импульсивный характер. Реализация суицидальных действий быстро приводит к исчезновению суицидальных проявлений и критическому отношению к со вершенной суицидальной попытке;

— психалгии: суицидогенная аффективная реакция с ощущением «душевной боли». По характеру аффекта реакции психалгии подразделяются на тревожные, тоскливые, раздражительные и соматизированные. Для них не характерны трансформация сознания, когнитивной сферы, биологических потребностей и витальных проявлений. Может выявляться сужение мотивационной и коммуникативной сфер личности. Длительность реакции вариабельна (острый, пролонгированный или перемежающийся типы). Суицидальное поведение направлено на избавление от страдания, часто носит сверхценный характер, высока вероятность рецидивирования суицидальных действий;

— негативных интерперсональных отношений: суицидогенная личностная реакция, обусловленная наличием тяжело переживаемого межличностного конфликта, является результатом отрицательного отношения к субъекту со стороны значимого окружения. Для нее характерна мучительная сосредоточенность на представлениях и суждениях по поводу резко изменившегося, отрицательного отношения к субъекту высокозначимых для него лиц (доминирование, сверхценность оценки значимости конфликта, выраженная интерперсональная зависимость, «ценностное сужение»). Суицидальное поведение характеризуется длительным пресуицидальным периодом, наличием амбивалентности агрессивных и аутоагрессивных мотивов, часто встречается манипулятивный, демонстративно-шантажный характер суицидальных действий;

— отрицательного баланса: формирование суицидального поведения как результата рационализирования неудовлетворительной оценки «жизненных итогов», часто обусловлено объективным ограничением адаптационных возможностей (преклонный возраст, тяжелое соматическое заболевание). Какие-либо когнитивные нарушения

отсутствуют, суждения реалистичны и критичны; сохранено личностное ядро; аффективная напряженность не характерна (так называемый «холодный пресуицид»). Подготовка к суицидальным действиям носит характер тщательного продумывания и планирования. В большинстве случаев они завершаются смертью.

Суицидоопасные непатологические ситуационные реакции (Амбрумова А. Г., 1983) — структурированный ответ психики, суицидально направленный вариант поведения практически здорового человека в психотравмирующей ситуации. Суицидальная опасность таких реакций связана со слабостью адаптационных возможностей человека и их особенностями, сопутствующими дистимическими переживаниями и дефектами прогнозирования. По клиническим проявлениям и динамике подразделяются на реакции:

—эмоционального дисбаланса: проявляется в виде различных аффективных нарушений (тревога, страх, сниженное настроение), сужения мотивационной сферы и коммуникативных возможностей;

— пессимистические: проявляется в виде пессимистической оценки настоящего и будущего, нарушений целеполагания (планирования деятельности), склонностью к импульсивным суицидальным действиям;

— демобилизации: проявляется в резком изменении стереотипов поведения, сужении межличностных контактов;

— оппозиции: проявляется экстрапунитивной (враждебной) позицией по отношению к окружающим, при которой агрессивные тенденции могут внезапно преобразоваться в аутоагрессивные, однако суицидальные действия осуществляются редко;

— отрицательного баланса: проявляется в снижении адаптационных возможностей (тяжелое соматическое заболевание) и в обусловленной этим нецелесообразности дальнейшего существования; отсутствует аффективная напряженность; суицидальные действия тщательно продумываются, часто завершаются смертью;

— дезорганизации: проявляется в виде выраженной тревоги, соматовегетативных проявлений (патологический вариант психологической защиты), нарушении осознавания реальности, дезорганизации конструктивной деятельности, в связи с чем являются наиболее суицидоопасными (смотри Синдром острого горя).

Суицидологическая служба — смотри Организация суицидологической помощи.

Суточные колебания частоты суицидальных действий — увеличение (по данным большинства авторов) количества суицидальных попыток чаще в вечернее время, а самоубийств — в ночные и предутренние часы.

Телефонная психотерапевтическая помощь — неотложная анонимная психотерапевтическая помощь, оказываемая пи телефону. Направлена на круглосуточное купирование различных кризисных состояний (в том числе суицидоопсных), разрешение межличностных и микросоциальных конфликтов, психологическую поддержку одиноких лиц. Носит профилактический характер. Осуществляется службой телефона доверия. К преимуществам телефонной психотерапевтической помощи можно отнести: отсутствие пространственно-временной зависимости контакта пациент — психотерапевт; анонимность; возможность прерывания контакта; «эффект ограниченной коммуникации», обусловленный акустическим контактом и вызывающий необходимость вербализации психотравмирующей ситуации.

Уровень самоубийств (суицидальных попыток) — количество случаев самоубийств (суицидальных попыток), выявляемое на определенной территории (в популяции) за определенный промежуток времени и рассчитываемое, как правило, на 100

тыс. жителей. Существуют объективные предпосылки для недостаточного выявления реального количества осуществленных суицидальных действий: самоубийства часто квалифицируются как несчастные случаи; суицидальные попытки часто не фиксируются в связи с тем, что суициденты (при отсутствии осложнений после их осуществления) не обращаются за врачебной помощью.

Факторы суицидального риска — внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), не являющиеся этиологическими, но способствующие или непосредственно вызывающие формирование суицидальной активности. Различают социально-демографические (пол, возраст, социальное положение), этнокультуральные (наличие в традициях определенных народностей суицидального поведения как социально приемлемой нормы), социально-экономические (уровень жизни, наличие работы, профессии, семьи), психологические (личностные особенности), специфические (предшествующая суицидальная попытка, наличие психического или тяжелого соматического заболевания) и другие факторы суицидального риска.

Шкалирование суицидальной активности — диагностические количественные способы (критерии) оценки выраженности суицидальной активности (вероятность осуществления суицидальных действий, степень тяжести, серьезности совершенной суицидальной попытки и т. д.). Обычно представляют собой набор признаков, преимущественно в форме анкет, характер которых зависит от позиции исследователя. Описаны различные шкалы оценки уровня суицидальной активности: оценки выраженности и динамики суицидального риска (Пилягина Г. Я., 1997); оценки суицидальности, различия истинной и демонстративной суицидальности (Куракин А. А., 1980); оценки суицидальных идей (Weishaar A., Beck A. T., 1990); оценки суицидальных намерений, идей (Weishaar A., Beck A. T., 1990); степени выраженности пресуицидального синдрома, степени серьезности суицидальных намерений (Процык В. А., 1992). Дополнительными способами такой оценки могут быть традиционно используемые методики оценки выраженности социальнопсихологической дезадаптации (Гасанов А. Х., Агазаде Н. В., 1985).

Эгоцентризм суицидента — характерная особенность самосознания, психологической переработки суицидогенного конфликта. Проявляется погруженностью в свои мучительные, самоотрицающие переживания; сужением мотивационной, когнитивной и аффективной сфер рамками психотравмирующей ситуации. Обусловлен инфантильным складом личности, наиболее часто встречающимся у суицидентов (нестрадающих эндогенными психическими расстройствами).

Экзистенциальный кризис — психологическое состояние утраты смысла жизни, кризис существования. Обусловлен резким изменением (разрушение) образа жизни или внутриличностной картины себя и мира. Различают экономический, политический, семейный, межличностный, внутриличностный варианты экзистенциального кризиса. Является стадией (формой) психической депривации. Обладает высокой суицидальной опасностью. Суицидальные действия при экзистенциальном кризисе обычно истинны, тщательно продумываются, при их осуществлении используются заведомо летальные способы, часто завершаются смертью.

Эпидемиология самоубийств (суицидальных попыток) — статистическая оценка распространенности суицидальных действий на определенной территории за определенный промежуток времени.

Синоним — Уровень самоубийств (суицидальных попыток).

Эпидемия самоубийств — резкое увеличение количества самоубийств в популяции (ее части) или на определенной территории. Осуществляются суицидентами, объединенными религиозными, социальными, этнокультуральными или иными идеологическими представлениями (групповыми нормами) на основе имитационного поведения (Дюркгейм Э., 1996; Фрейд З., 1996).

Эстетическая аура самоубийства (Трегубов Л. З., Вагин Ю. Р., 1993) — эпифеномен эстетических переживаний, вызванный самоубийством, как суммарный интуитивно обусловленный результат его эмоциональной оценки. Данное понятие объединяет в себе переживания, испытываемые человеком, от гармоничности (дисгармоничности) совершенного суицидального действия со всей его жизнью, а также ощущения меры соответствия случившегося и сложившихся обстоятельств, выбранного способа самоубийства и эстетического образа погибшего, проявившегося при этом.

Рекомендуемая литература:

1. Аванесов С. Философская суицидология. Лурс лекций. ТГУ, 2002. – 160с.
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - № 4.
3. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. - М., 1980.
4. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. - М., 1978.
5. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. - М., 1980.
6. Вагин И.О. Психология жизни и смерти. СПб.: Питер, 2002. -160с.
7. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. – 568с.
8. Гилинский Я.И., Юнацкевич Я.И. Социологические и психологические основы суицидологии. - СПб., 1999.
9. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. - М., 1994.
10. Диагностика личности /Сост. Т.Н.Разуваева – Шадринск, 1993. – 26с.
11. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Клиника и психология девиантного поведения. Научное издание. – СПб.: Речь, 2010.- 398с.
12. Ефремов В. С. Основы суицидологии. - СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. - 480 с:
13. Жмуров В.А. Психопатология – Москва: Медицинская книга, Н.Новогород: Издательство НГМА, 2002. – 668 с.
14. Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения. Учеб.пособие для студ.высш.уч.заведений. М.: «Академия», 2003. – 288с.
15. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. СПб.: Речь, 2006. – 144с.
16. Зотов М.В., Петрукевич В.М., Сысоев В.Н. Сигнал. Методика экспресс-диагностики суицидального риска. Методическое руководство. СПб.: ИМАТОН, 2003- 17с.
17. Исаев Д.С., Шерстнев К.В.. психологич суицидального поведения. Методические рекомендации. Сам ГУ, 2000
18. Кюблер-Росс Э.О смерти и умирании. СПб: «Наука», 2000. -268с.
19. Ласый Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Инструкция по применению. Минск/Белорусская медицинская академия постдипломного образования. 2009
20. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л., 1983.
21. Лукас К. Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства. Смысл, 2000. – 255с. **http://www.myword.ru**
22. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
23. Мастерство психологического консультирования. /Под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. — СПб.: Речь, 2007. —240
24. Меннингер К. Война с самим собой. ЭКСМО-Пресс, 2001. – 479с. **http://www.myword.ru**
25. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. М.: Смысл, 2005. – 182с.
26. Мягков А.Ю., Журавлева И.В., Журавлева С.Л. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы./ Социологический журнал, 2003г. **http://www.myword.ru**
27. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.
28. Ненастьев А.Н. Самоубийство как девиантное поведение. **http://www.myword.ru**

29. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. - М.: Новое литературное обозрение, 1999.
30. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учеб.пособие. М.: Флинта: МПСИ, 2008. – 336с.
31. Профилактика самоубийств в органах и подразделениях внутренних дел. Методическое пособие./под общ.ред. В.М, Бурыгина М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2004. – 160с.
32. Розанов В.А,, Моховиков А.Н., Стилиха Р. Предупреждение самоубийств у молодежи. Одесса:Ветаком, 2003. – 15с.
33. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. Когито-Центр, 2005. – 376с.
34. Статистика самоубийств. http://www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm
35. Статистика самоубийств. Прогноз суицидов на 2012 год. http://matyash.info/statistika-samoubijstv-prognoz-suicidov-2012.htm
36. Суицид. О мерах профилактики суицида среди детей и подростков. http://centercep.ru/stati/8-klinicheskaya-psihologiya-i-psihoterapiya/132-suicid-o-merah-profilaktiki-suicida-sredi-detey-i-podrostkov.html
37. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах/ сост. А. Н. Моховиков. М., «Когито-Центр», 2001.-569 с.
38. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. - Пермь, 1993. - 268 с.
39. Херперц-Дальманн Б. Депрессивные синдромы и суицидальные действия//Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М., 2000.
40. Хиллман Дж. Самоубийство и душа. М.: Когито-Центр, 2004. – 272с.
41. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. – 315с.
42. Шутова Л. В., Ляшук А.В. Методика на определение духовного кризиса/Журнал Психологическая диагностика 2005, № 1
43. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология.: монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472с.
44. Kielholz P. Фармакотерапия при депрессивном симптоме. – В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва – Базель, 1970, с. 117-128
45. Ringel E. The presuicidal syndrome // Suicide and Life-Threatening Behavior, 1976, Vol. 6. №3. P. 131-149.
46. The SAD PERSONS Scale, Patterson et al. 1983