

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ТГПУ)

И. Л. Шелехов, А. Н. Корнетов, Е. В. Гребенникова

СУИЦИДОЛОГИЯ:

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Учебное пособие

Томск 2016

УДК 616.89(075.8) + 159.9:61 + 159.922
ББК 56.14я73 + 88.42-8я73
Ш-427

Печатается по решению
Редакционно-издательского совета
Томского государственного
педагогического университета

Ш-427 Шелехов, И. Л. Суицидология: история и современные представления : Учебное пособие / И. Л. Шелехов, А. Н. Корнетов, Е. В. Гребенникова. – Томск : Издательство Томского государственного педагогического университета, 2016. – 300 с.

ISBN 978-5-89428-811-6

В учебное пособие включены материалы, характеризующие исторические и культуральные аспекты суицида, его генетические, биохимические и патопсихологические аспекты, социальные факторы в совершении самоубийств, оценку риска суицида, детский и подростковый суициды, этапы развития суицидального поведения, психологическую помощь родственникам и друзьям самоубийцы. С современных позиций раскрываются механизмы формирования суицидального поведения, приводятся основные принципы и методики его профилактики, диагностики и коррекции. В отдельный раздел вынесены методы психологической диагностики суицидальных тенденций.

Рекомендовано преподавателям психологии, психиатрии, студентам психологических факультетов университетов, специалистам в области психологической коррекции и психотерапии, широкому кругу читателей, интересующихся вопросами кризисного состояния личности и профилактики суицида.

УДК 616.89 (075.8) + 159.9:61 + 159.922
ББК 56.14я73 + 88.42-8я73

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) – проект 14-06-00026а «Модели и алгоритмы адаптации субъектов деятельности к изменённым социальным условиям».

Рецензенты:

заведующий кафедрой общей и дифференциальной психологии Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ) (г. Томск), доктор психологических наук, профессор *Л. Ф. Алексеева*;

ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья СО РАМН (г. Томск), доктор медицинских наук *Г. Г. Симуткин*.

ISBN 978-5-89428-811-6

© И. Л. Шелехов, А. Н. Корнетов, Е. В. Гребенникова, 2016
© Издательство ФГБОУ ВО «ТГПУ», 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Введение	7

ЧАСТЬ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СУИЦИДОЛОГИИ

1. Суицид в философии, истории, религии и культуре	9
1.1. Суицид как философская проблема	9
1.2. Исторические аспекты суицида: от древности до конца XIX века	16
1.3. Исторические аспекты суицида: суицид в XX веке	23
1.4. Суицид через призму религиозных представлений	44
1.5. Культура и самоубийство	46
1.6. Ритуальные самоубийства	49
2. Общая характеристика суицида	72
2.1. Суицид в свете современных представлений	72
2.2. Характеристика суицидального поведения	76
2.3. Теории суицидального поведения	82
2.4. Этапы развития суицидального поведения	90
2.5. Классификация и причины суицида	94
2.6. Эпидемиология суицидального поведения	102
2.7. Правовые и деонтологические аспекты суицида	106
2.8. Социальные факторы в совершении самоубийств	107
2.9. Ложные представления о суициде	111
3. Возрастные и психопатологические аспекты суицида	113
3.1. Особенности детского и подросткового суицидов	113
3.2. Аутодеструктивные поведенческие паттерны в подростковом возрасте	117
3.3. Распространенность суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте	126
3.4. Факторы, влияющие на суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте	131
3.5. Клинико-психопатологические аспекты суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте	139
3.6. Психические расстройства как причина самоубийства лиц среднего возраста	146
4. Суицид: профилактика, диагностика, лечение	152
4.1. Требования к специалисту, работающему с суицидентами	152
4.2. Индикаторы суицидального риска	153
4.3. Признаки суицидальных намерений	154
4.4. Оценка риска суицида	156
4.5. Факторы повышенного риска самоубийства	158
4.6. Личностные антисуицидальные факторы	166

4.7. Предотвращение самоубийства	167
4.8. Поственция (психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы)	176

ЧАСТЬ II. МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

Шкала оценки риска суицида	180
Шкала суицидальных интенций Пирса	181
Опросник «Шкала депрессии»	183
Опросник «Шкала безнадёжности»	187
Шкала суицидальной интенции	189
Тест «Суицидальная мотивация»	192
Тест «Противосуицидальная мотивация»	195
Опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой)	198
Содержание и характеристика субшкальных диагностических концептов	201
Методика определения степени риска совершения суицида	203
 Заключение	 206
Литература	207
Глоссарий	227

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Отражение тематики суицида в художественной фотографии и графике	231
2. Последние слова и предсмертные записки	233
3. Планы семинарских занятий.	239
4. Темы рефератов.	240
5. Художественные фильмы, рекомендованные к просмотру в процессе освоения учебного курса «Суицидология»	241
6. Вопросы для самостоятельной подготовки	244
7. Ответы на вопросы для самостоятельной подготовки	246
8. Ситуационные задачи	248
9. Ответы на ситуационные задачи	256
10. Тестовые задания	259
11. Ответы на тестовые задания	265
12. Телефоны психологической помощи	268
14. Список сокращений	270
15. Сертификаты, дипломы выставок, рецензии	271
16. Исторические аспекты суицида (цветная вкладка).	277
Комментарии к иллюстрациям цветной вкладки.	289

Предисловие

В учебное пособие включены материалы, характеризующие исторические и культуральные аспекты суицида, его генетические, биохимические и патопсихологические аспекты, социальные факторы в совершении самоубийств, оценку риска суицида, детский и подростковый суициды, этапы развития суицидального поведения, психологическую помощь родственникам и друзьям самоубийцы. С современных позиций раскрываются механизмы формирования суицидального поведения, приводятся основные принципы и методики его профилактики, диагностики и коррекции.

Общая концепция изложения материала акцентирует студентов на формирование практических навыков работы с лицами из группы суицидального риска, что представляется необходимым элементом профессиональной подготовки современного психолога.

Предлагаемое вниманию читателя учебное пособие является результатом 15-летней работы авторского коллектива. Впервые книга была издана в 2011 году под названием «Суицидология». В настоящее издание добавлены материалы, характеризующие современное состояние этой области знаний и методы психологической диагностики суицидальных тенденций.

Учебное пособие предоставляет возможность с помощью вопросов для самостоятельной подготовки, ситуационных задач, тестовых заданий оценить объем и качество полученных знаний по данной дисциплине. Для успешного освоения материала в помощь студентам даются теоретические материалы, глоссарий и список литературы.

* * *

Авторы учебного пособия благодарны преподавателям, использующим данное пособие в учебном процессе.

Особую признательность авторы выражают коллективу Издательства Томского государственного педагогического университета за оказание помощи в подготовке и издании настоящей книги.

Следует отметить, что все условия для работы в данной области научного знания были созданы руководством Томского государственного педагогического университета (ТГПУ), Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ) и Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ), поддержавшим проект 14-06-00026а «Модели и алгоритмы адаптации субъектов деятельности к изменённым социальным условиям».

Введение

Мне нравится иронический человек.
И взгляд его, иронический, из-под век.
И чёрточка эта тоненькая у рта –
Иронии отличительная черта.

* * *

И он уходит – некого, мол, корить, –
Как будто ушёл из комнаты покурить,
На улицу вышел воздухом подышать
И просит не затрудняться, не провожать.

Левитанский Ю. Д. Иронический человек

Исследование суицидального поведения в настоящее время чрезвычайно актуально, так как на протяжении последних десятилетий Россия занимает ведущие места в мире по количеству самоубийств. В связи с этим представляется необходимым повлиять на количество самоубийств, выработать эффективные меры их профилактики.

Можно утверждать, что в определенном смысле распространение суицидов, их частота отражают моральное здоровье общества, уровень социальной напряженности, материальное благополучие людей. Было бы наивно думать, что настанет когда-нибудь «золотой век», когда не будет конфликтов, разочарований, трагедий – того, что толкает человека к самоубийству.

Однако задача эта чрезвычайно сложная, так как для решения ее необходимо добиться кардинальных позитивных сдвигов в общественных отношениях как на макро-, так и на микросоциальном уровне.

Видимо, придется признать, что самоубийства будут всегда, как всегда будут болезни, старость, страдания и смерть. Тем не менее, это не значит, что нужно отказаться от попыток максимально снизить их число, а для этого необходимо углубленное изучение феномена суицидального поведения во всех его аспектах.

Высокий уровень самоубийств заставляет ставить вопрос о причинах этого явления и поиске оптимальных средств для его профилактики. Суицидальные реакции обусловлены разнообразными психологическими факторами и психопатологическими проявлениями. В их числе индивидуально-психологические особенности индивидуума: акцентуация личностных черт, система ценностей, жизненный опыт и отношение к жизни; особенности реагирования в экстремальных жизненных

обстоятельствах, в условиях микросоциального стресса, а также наличие депрессии и личностных расстройств.

Суицидальное поведение, как и любое другое, социально детерминировано, следовательно, имеет под собой определенную социальную почву, психологические и культуральные факторы являются условиями, в которых проявляются те или иные формы или модели суицидального поведения.

Адаптированность личности к социальной среде характеризуется успешностью её социализации, формированием в соответствии с требованиями среды установок, системы мотивации, системы ценностей, включенностью в социальные и профессиональные группы. Важнейшим «подкреплением» смысла жизни являются полученные материальные блага и социальный статус, или общее чувство удовлетворенности человека самим процессом жизни.

Значительный рост числа самоубийств (особенно в России) указывает на значимость принципиального углубления суицидологических исследований. В настоящее время в самых разных областях знания накоплен значительный опыт осмысления суицида, совокупность которого представлена в данной книге. Очевидно, что такое сложное явление, как суицидальное поведение, требует рассмотрения самых разных факторов – биологических, психологических, социальных, культурных, межличностных, сознательных и бессознательных, философско-экзистенциальных. Соответственно, необходимы планомерные меры превенции самоубийств, учитывающие все эти факторы, и принимаемые на государственном уровне стратегические программы.

Программы превенции самоубийств должны учитывать факторы из индивидуального и социального уровней, а также культурные особенности страны. Эффективность государственных превентивных мер за последние 20 лет была доказана в нескольких странах мира (Финляндия, Норвегия, Латвия).

ЧАСТЬ I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СУИЦИДОЛОГИИ

1. Суицид в философии, истории, религии и культуре

1.1. Суицид как философская проблема

С меня при цифре 37 в момент слетает хмель, –

Вот и сейчас – как холодом подуло:

Под эту цифру Пушкин подгадал себе дуэль

И Маяковский лёг виском на дуло.

Высоцкий В. С. О фатальных датах и цифрах

Самоубийство изучалось философами задолго до возникновения суицидологии, как отрасли медицинской науки. Начиная с античности до наших дней, философия придает большое значение проблеме сознательного прекращения человеком собственной жизни. Философская разработка проблемы самоубийства неразрывна с понятиями смерти, свободы выбора и воли, а также смысла жизни человека.

Греко-римская культура относилась к самоубийствам неоднозначно. Самоуничтожение было связано с пониманием греками и римлянами свободы, являвшейся одной из основных идей их философской мысли. Для них свобода состояла, прежде всего, в свободе от внешнего давления, в самостоятельном контроле собственной жизни. Ее высшей формой становится свобода в принятии решения – продолжать жизнь или умереть. Древнегреческих философов в зависимости от точки зрения на допустимость самоубийства можно разделить на три группы. Пифагор и Аристотель противостоят эпикурейцам, киникам и стоикам, Платон и Сократ занимают промежуточную позицию.

Пифагорейцы представляли вселенную полной гармонии, в их понимании суицид был мятежом против установленной богами почти математической дисциплины окружающего мира, внесением в него диссонанса и нарушением симметрии.

Аристотель (др.-греч. Ἀριστοτέλης; 384 до н. э. – 322 до н. э.) считал, что смерть приходит в положенный час и ее следует приветствовать, самоубийство – проявление трусости и малодушия, даже если оно спасает от бедности, безответной любви, телесного или душевного недуга. Кроме того, Аристотель указывал на антисоциальность деяния: самоубийство является преступлением против государства, ибо загрязняет город и ослабляет общество, лишая его полезного гражданина.

Терпимое отношение к суициду содержится во взглядах Сократа. Существенно, что Сократ устанавливает ассоциативную связь между бессмертием души и добровольной смертью. Платон (др.-греч. Πλάτων, 428 до н. э. – 348 до н. э.) был уверен, что злые поступки тела оскверняют душу, делая ее несчастной, и не дают возможности полностью отделиться и вернуться в мир идей. Это идеальное существование после смерти, не являясь прямым призывом к суициду, тем не менее, создавало вполне определенную атмосферу, заставлявшую человека поверить, что уход от земной жизни является единственным путем к совершенному бытию.

Эпикур и его ученики, полагая целью жизни удовольствие, считали суицид возможным и даже желательным («...самое ужасное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда смерть наступает, то нас уже нет»).

Стоики были далеки от того, чтобы признавать ценностью преходящий человеческий успех, они ценили неограниченное проявление свободы, которое предусматривало и право выбора одного из многих вариантов ухода из жизни. Смерть описывалась стоиками как акт освобождения, в котором, например, Плиний Младший усматривал превосходство человека над богами. Тацит говорил, что свобода состояла только в выборе способа своей смерти.

Тема самоубийства была одной из основных в письмах Луция Аннея Сенеки. Смерть, по мнению Л. Сенеки, должна быть хорошей, то есть лишенной страсти и эмоций. Для него основным критерием являлась этическая ценность жизни: «Раньше ты умрешь или позже – неважно, хорошо или плохо – вот что важно. А хорошо умереть – значит, избежать опасности жить дурно». Цицерон, Сенека и автор «Сатирикона» П. Арбитр свои философские взгляды претворили в жизнь.

Жесткие установки христианства, закрепленные на Западе постановлением Тридентского собора (1568), официально признавшего на основании заповеди «Не убий» суицид убийством, почти на полтора тысячелетия в большинстве государств Европы определили доминирующее отношение общества к самоубийцам.

В эпоху Возрождения возвращаются взгляды античных философов на самоубийство, прежде всего в смысле более взвешенного отношения к нему по сравнению с порой Средневековья. В «Опытах» французского мыслителя Мишеля Монтеня эта проблема становится не только экскурсом в античность, но и оправданием допустимости самоубийства в психологическом смысле («По-моему, невыносимые боли и опасения худшей смерти являются вполне оправданными побуждениями к самоубийству») и в правовой плоскости («Подобно тому, как я не нарушаю законов, установленных против воров, когда уношу то, что принадлежит мне, или сам беру у себя кошельки, и не являюсь поджигателем, когда жгу свой лес, точно так же я не подлежу законам против убийц, когда лишаю себя жизни»). По мнению Монтеня, в руках самого человека решение вопросов, связанных если уж не со своей жизнью, то со своей смертью, можно быть недовольным жизнью, жаловаться на нее, тяготиться ей и даже ненавидеть и стыдиться ее, но смерть у человека никто не сможет отнять. По этому поводу М. Монтень писал: «Почему ты жалуешься на этот мир? Он тебя не удерживает; если ты живешь в муках, причиной тому твое малодушие: стоит тебе захотеть – и ты умрешь».

Новое время продолжило традицию толерантного отношения к суициду, что нашло классическое выражение в знаменитом эссе английского философа Дэвида Юма «О самоубийстве». Юм полагал, что вопрос о самоубийстве нисколько не противоречит промыслу Божьему. Все события производятся силами, дарованными Богом, а потому и всякое событие одинаково важно в беспредельной вечности. Добровольно прекращающий свою жизнь человек вовсе не действует против воли Божьей, его промысла и не нарушает мировой гармонии.

Немецкий философ Эммануил Кант заявлял, что самоубийство является оскорблением человечества. Проблема суицида досадным образом нарушала логическую и эстетическую целесообразность в природе и человеке. Для философов, которые стремились к созданию всеохватывающих и логически ясных систем, основанных на синтезирующих принципах разума, в лучшем случае был характерен взгляд свысока на такие феномены опыта, как самоубийство, упрямо не желающие

ложиться в прокрустово ложе мыслительных обобщений. Э. Кант оправдывал абсолютный моральный запрет на самоубийства ввиду присущего этому акту внутреннего противоречия: мы не можем предпринимать попытки улучшить свою участь путем полного саморазрушения; самоубийство – это эгоистический акт, поэтому оно парадоксально и на основании логики является актом поражения. Функцией чувства любви к самому себе является продолжение жизни, и она входит в противоречие с собой, если приводит к самоуничтожению. В этих рассуждениях нельзя не усмотреть амбивалентности – наличия двух несовместимых целей, нередко проявляющихся в акте добровольного ухода из жизни: желания умереть и желания улучшить свою жизнь.

Иначе рассуждал Артур Шопенгауэр. Драматические перипетии собственной личной истории сделали одиночество для философа естественным состоянием и породили отношение к жизни, в которой невозможно счастье и торжествуют зло и бессмыслица. Если отрицается «воля к жизни», то возникает экзистенциальная вина, которая, усугубляясь, ведет к различным степеням самоотрицания человеческой самости вплоть до самой кардинальной. Но в то же время только в самом человеке, в бездне его жизненного неблагополучия и неизбывных страданий берут начало надежда и сочувствие. Феноменологическая отзывчивость Шопенгауэра способствовала тому, что лучшие страницы «Мира как воли и представления» посвящены его мыслям о природе самоубийства.

Поводом для размышлений Федора Михайловича Достоевского над проблемой самоубийства послужило самоубийство в декабре 1875 года во Флоренции 17-летней дочери А. И. Герцена, покончившей с собой из-за неразделённой любви. Ее «аристократически-развратному» уходу из жизни, который возмутил писателя, он противопоставляет «нравственно-простонародное» – кроткое, смиренное самоубийство швеи, выбросившейся из окна с иконой. Кроме того, он моделирует внутренний монолог «самоубийцы от скуки», «идейного самоубийцы», разочаровавшегося в мироздании, который вполне мог бы принадлежать его современнику – Филиппу Майнлендеру. Этот немецкий философ создал теорию, трактующую историю Вселенной как агонию разлагающихся частиц умершего Бога, и обосновал необходимость собственного добровольного ухода из жизни, реализовав его на следующий день после выхода его главного труда.

Владимир Сергеевич Соловьев (1853–1900) писал, что суть суицида в убеждении, будто «в жизни совершается не то, что по-моему должно в ней совершаться, следовательно, жизнь не имеет смысла, и жить дальше не стоит», – таким образом самоубийцы представлялись Соловьеву эгоистами, не желающими подчиняться «смыслу всеобщей жизни» (Богу).

Необходимо отметить особую поглощенность добровольным уходом из жизни *экзистенциализма*. Основным предметом философской рефлексии Серена Кьеркегора становится абсурд существования – «состояние души, когда пустота становится красноречивой, когда рвется цепь каждодневных действий, и сердце впустую ищет утерянное звено». С. Кьеркегору, исследовательский луч которого был направлен на «духовный космос», неуютно и тесно в любой объективистской систематической философии, чуждой человеку и его «возлюбленной экзистенции»: «...самоубийство – это единственное экзистенциальное следствие чистого мышления...», для которого конкретный существующий превращается просто в «фантом». Его критика абстрактного мышления зачастую перерастает в бунт против мышления вообще, строгости и последовательности которого он противопоставляет «парадокс веры» и «страсть экзистенции». Лев Шестов, очарованный парадоксами датского философа, заметил: «...критика разума есть величайший парадокс, подрывающий самые устои мышления». Религиозное сознание С. Кьеркегора и есть этот главный парадокс, ибо для него «верить – значит потерять разум, чтобы обрести Бога». Раз парадокс не обязан следовать разуму, не обязан быть понятным здравому смыслу, то, чем он «неприличнее» с точки зрения разума – тем лучше он выражает свою нетривиальность, сокрытую, экзистенциальную истину. Истинное существование человека, с точки зрения С. Кьеркегора это – страсть, но не какая попало, а «высокая» страсть – страсть к существованию. С. Кьеркегор замыкает рефлексивный круг: существование находит себя в страсти, а страсть – в существовании. Эта замкнутость неизбежна, если речь идет об экзистенции. Ведь экзистенция – не субстрат, не материя, в ней изначально дана связь с «вечным» (высшим). С. Кьеркегор выразительно формулирует обреченность подлинной экзистенции на нахождение при бытии, на поиски бытия мыслью, которая постоянно промахивается и вновь к нему возвращается. Датский философ Серен Кьеркегор проблему самоубийства относил к вершинам жизненной мудрости. Горькой иронией проникнуты его слова: «Повесишься – ты пожалеешь об этом; не повесишься – ты

и об этом пожалеешь; в том и в другом случае ты пожалеешь об этом. Таково, милостивые государи, резюме всей жизненной мудрости...»

В XX веке появляется концентрированная философия абсурда Альбера Камю. В эссе «Миф о Сизифе» он говорит о том, что «есть лишь одна по-настоящему серьезная проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь, чтобы ее прожить, – значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Все остальное – имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями – второстепенно». Подобно С. Кьеркегору, он признает несводимость бытия к мышлению, но в отличие от него хочет «держаться того срединного пути, на котором сохраняется ясность интеллекта» По А. Камю, самоубийство – один из способов борьбы с абсурдом бытия, один из методов познания мира. «Дойдя до своих пределов, ум должен вынести приговор и выбрать последствия. Таковыми могут быть самоубийство и возрождение». Но просто самоубийство так же абсурдно, как и сама жизнь, не имеющая цели (смысла). А вот смерть-самопожертвование есть деяние с гармонизирующей основой. Самоубийство как бунт против непознаваемости мира бесплодно, ибо «самоубийство есть полная противоположность бунта, так как предполагает согласие... На свой лад самоубийство тоже разрешение абсурда, оно делает абсурдной даже саму смерть».

Карл Ясперс изучал проблему самоубийства профессионально, сначала как психиатр, а затем как экзистенциальный философ. В философии Ясперса существенны вопросы о причинности и свободе. В рассуждениях о предопределении поведения человека философ проводит разделение действий (решений) на обусловленные и безусловные. Обусловленные – они понятны, их можно понять каким ходом мысли человек пришел к ним, а для этого надо знать, во-первых, его экзистенциальную позицию. А безусловные – и понятные, и не понятные. Ясперс замечает, что в каждом отдельном случае нельзя быть уверенным в том, какова экзистенциальная позиция человека, но общее представление о возможных экзистенциальных позициях составить можно. Кроме того, надо знать ситуацию человека, что невозможно в принципе. Ясперс все время повторяет: свобода человека, то, как человек обращен к своей трансценденции, наконец, то, как он принимает решения – все это в пределе тайна. Знать это невозможно (хотя можно прояснять). Итак, для Ясперса самоубийство связано с *ситуацией* как неповторимой констелляцией событий, которые определяют уникальность конкретной человеческой судьбы.

Психологический этюд Николая Александровича Бердяева «О самоубийстве» (1931) написан русским религиозным философом за границей. Это реакция человека, мыслителя и христианина на участившиеся случаи суицидов в среде русской эмиграции. Н. А. Бердяев, будучи непримиримым противником самоубийства, считал, что его порождают бессмысленное и бесцельное страдание и безнадежность. Он полагал, что самоубийство идет от сатаны, что оно «по природе своей есть отрицание трех высших добродетелей – веры, надежды и любви» и что «убивая себя, человек наносит рану миру как целому, мешает осуществлению царства Божьего». Страдание может получить смысл только в религиозном отношении к жизни, которое дает человеку духовную силу. В философской автобиографии «Самопознание» Н. А. Бердяев возвращается к темам экзистенциальной скуки, тоски и страдания, побуждающим человека искать инфернального небытия.

Таким образом, самоубийство в философии рассматривается как чрезвычайно сложное, комплексное проявление бытия человека во всей его многоплановости. Это определяется именно тем, что самоубийство есть сознательное, самостоятельное лишение себя жизни. В этих двух основных дефинициях заключается его коренное отличие от убийства, в котором отсутствует элемент самостоятельности, и от несчастного случая, в котором отсутствует элемент сознательности и доминирует случайность.

Проблема самоубийства, устанавливаемая и решаемая философскими средствами, только проясняется и не претендует на полное разрешение и окончательное снятие. Имеющие место философские концепции суицида можно рассматривать не как расположенные в хронологическом порядке, и потому сменяющие друг друга, а как «одновременно» присутствующие в философском поле, и потому как наравне участвующие в постоянно происходящей философско-суицидологической дискуссии.

1.2. Исторические аспекты суицида: от древности до конца XIX века

Ромео

Поди сюда. Ты беден, вижу я.
Бери вот сорок золотых. За них
Продай мне драхму яда, но такого,
Чтоб он мгновенно разлился по жилам,
Чтоб мертвым пал тот, кто измучен жизнью,
И отлетел бы дух его от тела
С той быстротой, с какой зажженный порох
Из грозной пасти пушек вылетает.

Аптекарь

Есть много у меня смертельных зелий,
Но за продажу ядов, мой сеньор,
Законы Мантуи карают смертью.

Шекспир В. Ромео и Джульетта

Древняя Греция и Древний Рим

В античности отношение к жизни и смерти было несколько более спокойным, чем в поздние времена. Суицид считался хорошим выходом из трудного положения. Например, по воззрениям философов эпикурейской школы, если жизнь перестает приносить удовольствие и радость – она не нужна. Смерть являлась естественным и красивым завершением жизни. Добровольно уходили из жизни многие известные политические деятели, ученые и философы античности.

Если человек желал покончить с собой, то он обращался к государству за разрешением на суицид, доказывал бессмысленность своей жизни и целесообразность самоубийства, после чего получал официальное разрешение – самоубийство рассматривалось как вполне законный и допустимый акт. Один из законов, касающихся самоубийства, гласит так: «Пусть тот, кто не хочет больше жить, изложит свои основания Сенату и, получивши разрешение, покидает жизнь. Если обижен судьбой – пей цикуту. Если ты сломлен горем – оставляй жизнь. Пусть несчастный расскажет про свои горести, пусть власти дадут ему лекарство, и его беде наступит конец». Человек вместе с официальным разрешением получал «государственный яд», специально закупленный на деньги городской казны. В качестве «государственного яда», применяемого для наказания преступников и суицида, использовалась цикута – вех ядовитый (*Cicuta verosa*), содержащий алкалоид

цикутотоксин. Этот яд приобрел горькую славу, будучи причиной смерти многих прославленных мужей в Греции. Пилиний Старший, автор «Естественной истории», среди прочих ядовитых растений описал и действие цикуты. При этом он подчеркивает, что природа сжалилась над человеком и послала ему различные яды для безболезненной смерти.

Трагично сложились последние годы жизни Аристотеля. Несмотря на процветание его философской школы, Аристотель всегда чувствовал себя в Афинах чужестранцем, ибо всем были известны его личные связи с македонским двором. После смерти Александра Македонского враждебное отношение настолько дало себя чувствовать, что он решил покинуть Афины. Аристотель скрывается на острове Эвбее и через год умирает. Существуют недоказанные свидетельства о том, что Аристотель умер, приняв яд (аконит – высушенный сок клубней борца – *Aconitum napelles*). Вероятнее всего, философ переживал глубокую трагедию: разрушились его мечты об объединении Греции под властью просвещенного монарха, ибо он не нашел этот идеал в Александре Великом.

Вынужден был покончить с собой и другой великий оратор и политический деятель Греции – афинский философ Демосфен. Он выступал политическим противником Македонии и всячески настраивал греческие города против македонского царя. Македония потребовала от афинян выдачи Демосфена, и когда стали поступать сведения, что македонское войско движется на Афины, Демосфен бежал на Калаврию (остров у северо-восточного берега Пелопоннеса) и искал защиты у алтаря Посейдона. Посланники македонян стали уговаривать Демосфена выйти из храма и поехать к наместнику Македонии, который не сделает ему ничего дурного. Когда уговоры перешли в угрозы, Демосфен сказал, что хочет написать несколько слов близким. Он удалился вглубь храма и взял палочку для письма, в которой был спрятан яд (цикута). Делая вид, что он пишет и раздумывает, Демосфен медленно пожевывал палочку. Когда он почувствовал, что яд оказывает свое действие, он завернулся в тогу, подошел к алтарю и, сказав несколько слов, упал. Существуют и другие рассказы о его смерти: говорили, что Демосфен хранил яд в пустом кольце и носил это кольцо как браслет. Демосфен умер в 322 году до н. э. и был похоронен в ограде храма. Прах его после перенесли в Афины, которым он был так предан. Афинский народ поставил в честь Демосфена бронзовую статую, на пьедестале которой была сделана известная надпись: «Если бы мощь, Демосфен, ты имел такую, как разум, власть бы в Элладе не смог взять македонский Арей» (Плутарх «Демосфен»).

По преданию, Рим был основан в 753 году до н. э. Время правителей, рассказы о которых часто носят легендарный характер, было сравнительно коротким, однако законы и традиции того времени хорошо известны. В Римской империи запрет на самоубийство был закреплен законодательно, хотя законы охотно признавали обстоятельства, оправдывающие суицид, а именно «горе, болезнь, скорбь» и – еще шире – «невыносимость жизни».

Когда в Риме, в период гражданских войн, порок и разврат достигли высокой степени, самоубийство вошло в обычай, и в случае уважительной причины от властей можно было получить «государственный яд» (отвар цикуты или аконита).

Римляне смотрели на добровольную смерть как на своеобразную доблесть. Эти взгляды нашли отражение в литературе: в историческом романе Генрика Сенкевича «*Quo vadis*», посвященном периоду правления императора Нерона, описывается парное самоубийство попавшего в опалу арбитра Петрония и его рабыни Эвники. В числе самоубийц мы находим такие имена, как Ганнибал – знаменитый полководец древности, как Митридат Понтийский – достойный враг римлян; к этим именам присоединяются имена Фемистокла, Аристида, Зенона, многих знаменитых чиновников, политиков и философов Римской империи.

В Древнем Риме также существовал еще один способ самоубийства – обычай броситься на меч (лат. *Gladius*). Традиция возникла не в силу какой-нибудь особой идеологии этого явления, а в силу того, что меч был всегда при себе. Как на Западе, так и на Востоке применение меча как орудия для самоубийства практиковалось среди сословия воинов и феодальной знати, которые постоянно носили оружие как символ социального статуса.

Однако возможность распоряжаться собственной смертью предоставлялась только свободным римлянам. Рабы не имели права на суицид, так как являлись имуществом хозяина. Чтобы при продаже живого товара покупателю не подсунули брак – раба, намеревающегося свести счеты с жизнью, существовал «гарантийный срок»: если купленный раб убивал себя в течение шести месяцев после совершения сделки, продавец обязывался вернуть покупателю деньги. Вместе с тем из всех жителей Рима, именно рабы чаще всего совершали самоубийство.

Древняя Скандинавия

В культуре народов Дании, Норвегии, Швеции самоубийство не имело широкого распространения. Однако существовали некоторые исключения: Викинги (участники морских торгово-грабительных и завоевательных походов конца VIII – середины XI вв.) считали позором дожить до старости и умереть дома на своем ложе (так называемая овечья смерть, смерть на соломе). При приближении старости викинги стремились пасть смертью храбрых на поле брани, так как, по религиозным воззрениям скандинавов, воин должен пасть в бою или умереть после боя от ран с мечом в руке. Души воинов, павших в бою, валькирии подхватывают на крупы своих коней и отвозят в Валхаллу – небесный дворец Одина. Там, за пиршественным столом, героя встречают отец богов, умершие родственники и друзья. Воин, умерший от ран, должен идти в Валхаллу пешком, поднимаясь по радужному мосту – Бифросту. Обнаженный меч будет помогать ему сохранить равновесие на узком мосту, а его рукоятью воин постучит в дубовые ворота Валхаллы. Стремление пасть в бою может быть отнесено к проявлениям скрытого суицида.

У древних германцев был обычай: люди, начинающие стареть, взбирались на «скалу предков» и бросались с её вершины.

Следует отметить, что все приведённые выше разновидности самоубийства носили религиозный характер и свойственны касте воинов, не распространяясь на иные слои населения.

Западная Европа раннего Средневековья

С развитием государственности европейских стран наиболее распространенной религией становится христианство.

В первые века своего существования тогда еще гонимое христианство относилось к суициду терпимо, а самоубийство во имя веры расценивалось как мученичество. В Священном Писании не содержится прямого осуждения суицида. Более того, в Библии можно найти семь случаев очевидного самоубийства, и не один из них не порицается. Вот так описывается кончина богатыря Самсона, который обрушил на головы врагов-филистимлян строение и погиб под руинами вместе с ними: «И сказал Самсон: умри душа моя вместе с филистимлянами! И уперся всею силою, и обрушил дом на владельцев и на весь народ, бывший в нем. И было умерших, которых умертвил Самсон при смерти своей, более, нежели сколько умертвил он в жизни своей». Даже самоповешение Иуды не осуждается (в отличие от его предательства),

а лишь констатируется как факт: «И, бросив сребреники в храме, он вышел, пошёл и удавился». Сотни раннехристианских мучеников сами лишали себя жизни и были причислены к лику святых.

Дело в том, что на начальных этапах становления христианства, как новой религии, число её последователей, и так относительно не большое, подвергалось преследованиям со стороны римской администрации и жречества. Новообращенные христиане, находившиеся в сложных условиях, стремились как можно скорее закончить земные страдания и попасть в Царствие Божье.

Однако с приобретением христианством статуса официальной государственной религии в большинстве европейских стран отношение к самоубийству становится однозначным – резко отрицательным. После волны самоубийств первых христиан-мучеников, стремящихся таким образом как можно быстрее предстать перед лицом Всевышнего, церковь наложила запрет на добровольный уход из жизни: Арийский собор 452 года заявил, что самоубийство – преступление и что оно есть не что иное, как результат дьявольской злобы. И хотя слова Экклезиаста «и возненавидел я жизнь, ибо все суета и томление духа» по пессимизму могут соперничать с книгой Иова («человек рождается на страдания»), попытки избежать страданий, ниспосланных богом, объявлялись теоретиками христианства не просто слабостью, но грехом, нарушающим заповедь «не убий».

Святой Августин называет самоубийство «худшим из грехов, ибо в нём нет возможности раскаяться», а Фома Аквинский объявляет суицид трижды грехом: против Господа, дарующего жизнь, против общественного закона и против человеческого естества (инстинкта самосохранения).

Кесарю кесарево, а Богу Богово – это значит, что душа принадлежит Всевышнему, и только Он один волен ей распоряжаться. Грех самоубийства лишает человека возможности прощения и спасения души: согласно религиозным представлениям, жизнь дается Богом, совершая самоубийство, человек оскорбляет Бога, отвергая его дар. Нужно прожить жизнь до конца, потому что в противовес античной философии жизнь хороша не удовольствиями, а страданиями, претерпеваемыми ради искупления грехов и будущей вечной жизни.

Всем без исключения самоубийцам отказывают в церковном отпевании и погребении. Тех, кто пытался покончить с собой, но остался жив, отлучают от «матери нашей, Святой Церкви». Для людей совершивших грех самоубийства закрыты врата рая, и их неуспокоенные души будут вечно гореть в адском пламени. Эта точка зрения находит

подтверждение уже в несколько иначе трактуемой христианской мифологии: добровольно ушел из жизни Иуда Искарот – апостол предавший Христа и, раскаявшись, повесившийся на осине. В соответствии с древним принципом: «проклят перед Богом всякий повешенный на дереве», восходящим к архаическим ритуалам казни как заклания в жертву, повешенный на дереве креста Христос, принявший на себя проклятие человечества, и повесившийся Иуда, несущий бремя собственного проклятия, представляют собой многозначительную симметричную антитезу, не раз дававшую пластический мотив для изобразительного искусства.

В рамках европейского менталитета повешенье – «смерть в петле» считается позорной: вешают преступников, осужденных королевским законом, и самоубийца, совершая такой поступок, противопоставляет себя обществу, приравнивает себя к врагам церкви и короля. Самоубийц (как и казнённых) не хоронят на кладбищах: считается, что если на кладбище будет погребен самоубийца или казнённый, то кладбище будет осквернено – в освященной земле находят последний покой невинные перед богом и королем люди. В Средние века самоубийц не отпевали в церкви, им отказывалось в христианском погребении, они карались позорным захоронением вне кладбища, на перекрестках дорог, а в правовом плане семья самоубийцы лишалась законного наследства. Люди же, совершившие неудачную попытку суицида, подвергались заключению и каторжным работам как за убийство.

В 1593 году на Пражском соборе было постановлено, что самоубийцам не будет оказываться «честь поминовения во время святой службы и что пение псалмов не должно сопровождать их тело до могилы». В дальнейшем наказания самоубийц становятся все более и более жесткими. К религиозной каре присоединяется и светское наказание. Приказами Карла Великого, Людовика Святого, Карла V, Эдуарда и других императоров повелевается считать недействительным завещание, составленное самоубийцей, «его имущество конфисковать в пользу Короны». Самоубийца приравнивался к обыкновенным убийцам, вора и разбойникам, труп его судился формальным порядком тем судом, ведению которого подлежали дела об убийствах. В Бордо труп самоубийцы вешали за ноги, в Аббевиле его тащили в плетенке по улицам; в Лилле труп мужчины, протащив на вилах, вешали, а труп женщины сжигали.

В Англии тела самоубийц протаскивали по улицам, после чего хоронили на перекрестке дорог, положив на лицо камень и проткнув

сердце осиновым колом (согласно бытующим суевериям, они могли стать вампирами).

В Дании самоубийц выносили из дома через окно и сжигали – огонь символизировал адское пламя, куда уже отправилась душа грешника. По всей средневековой Европе тела покончивших с собой вскрывали в анатомических театрах и перерабатывали в мумиё – лекарство, якобы укрепляющее жизненную силу (первоначально мумие добывалось из содержащих смолы мумифицированных трупов – отсюда и название, но затем точный рецепт был утрачен и сырьем для «чудо-средства» стали трупы самоубийц).

Западная Европа XV–XIX веков

В новейшее время рост самоубийств продолжался. В эпоху Людовика XIV достаточно было малейшего пустяка, самой ничтожно неприятности, чтобы дать повод для самоубийства. Но в 1789 году Франция вычеркнула самоубийство из числа преступлений и уничтожила все наказания, направленные против самоубийц.

В Англии еще до 1823 года существовал обычай тащить проткнутое колом тело самоубийцы по улицам и хоронить его при большой дороге без всякой религиозной церемонии. Точно также в 1870 году и Англия смягчила кары самоубийц, хотя и не уничтожила их совсем: еще в 1889 году в Англии было 106 процессов по самоубийству, из которых 84 самоубийцы были осуждены как преступники.

Такое же суровое отношение к самоубийцам существовало в Германии, Швейцарии и Австрии. В Пруссии до 1871 года погребение самоубийцы должно было происходить без религиозных церемоний. Согласно ст. 216 Германского уложения, соучастие в самоубийстве наказывалось тремя годами тюрьмы.

Вместе с тем, несмотря на светское и духовное наказание за самоубийство, количество самоубийств оставалось высоким. В числе самоубийц мы находим таких знаменитых людей, как Уриель Акоста и Жан Жак Руссо.

К концу XVIII – началу XIX века в Западной Европе сформировалась культура суицида и вид смерти у представителей некоторых социальных групп и профессий: врач и философ – должны умереть от яда; моряк – утопиться; офицер – должен застрелиться из табельного оружия, по этому поводу даже сложилась поговорка: «Пистолет (Browning) – оружие для личных дел». В это же время появилось романтизированное название суицида: «уйти из жизни через запасную дверь».

Россия XV–XIX веков

Отношение к самоубийству в Российской империи носило резко отрицательный характер. За совершение этого поступка полагались весьма суровые кары, налагаемые на труп или на покушавшегося самоубийцу: отказ в христианском погребении и недействительность завещания – таковы были наказания духовной и светской власти за самоубийство. Эти санкции законодательно закреплялись статьями 1472 и 1473 старого Уложения о наказаниях и лишали самоубийцу церковного покаяния и погребения. Уголовное уложение XIX века за доставление средств к самоубийству карало заключением до 3 лет (ст. 462), за подговор – каторгой до 8 лет (ст. 463), за самоубийство по жребию, по условию с противником – каторгой до 8 лет (ст. 488). Согласно действующему законодательству, все бумаги самоубийцы подлежали конфискации.

Только в 1905 году из Устава Врачебного исключена ст. 710, гласившая: «Тело самоубийцы надлежит палачу в бесчестное место оттащить и закопать там».

Однако у некоторых народов Российской империи самоубийство иногда практиковалось. Примером может служить традиция самоубийства у чувашей, связанная с обычаем «тип шар» (сухая беда), предполагавшим самоповешение на воротах врага в качестве мести за поруганную честь.

1.3. Исторические аспекты суицида: суицид в XX веке

Все чаще думаю –
не поставить ли лучше
точку пули в своем конце.

Сегодня я
на всякий случай
даю прощальный концерт.

Маяковский В. В. Флейта-позвоночник

Суицид в XX веке. Западная Европа

Девятнадцатое столетие в Европе завершилось тем, что признало достоинство человека и его право на жизнь. Но является ли это право одновременно и обязанностью? Ни в одной из конституций и деклараций прав человека этого не утверждалось. А потому самоубийство постепенно стали вычеркивать из списка уголовных

преступлений. Первой это сделала Франция, последней – Великобритания, где антисуицидальная статья сохранялась в уголовном кодексе до 1961 года.

Суицид в XX веке. Германия 1933–1945 годов

Практически одновременно с установлением нацистской диктатуры в Германии, которая считалась «химической державой Европы», токсикологи приступили к интенсивному целенаправленному поиску новых боевых отравляющих веществ, а также отравляющих веществ для нужд специальных служб. Одним из направлений в проведении исследований был поиск высокоэффективных средств для суицида. В процессе сопоставления и анализа данных оптимальным препаратом среди неорганических ядов был признан цианид калия (KCN). Несмотря на ряд неприятных ощущений при отравлении этим ядом (умирающий от цианистого калия вскрикивает, судорожно жует стекло ампулы и мелко крошит его), с 1934 года приём цианистого калия в ампулах стал стандартным методом самоубийства у нацистов.

Нацистскими медиками было рассчитано, что при попадании через пищеварительный тракт смертельная доза для человека 1,7 мг/кг, а потенциально смертельная доза цианистого калия составляет 140 мг (расчет на мужчину весом в 82 кг). Однако экспериментально было установлено, что в ряде случаев возможно перенесение больших доз или замедление действия яда при заполнении желудка пищей, либо употребления сладкой пищи (глюкоза является специфическим антидотом при отравлении цианистыми соединениями). Для повышения надежности действия препарата рекомендовалось увеличение дозировки. Цианид калия выпускался только двумя немецкими фармацевтическими заводами, форма выпуска – стеклянные ампулы, содержащие 160 мг KCN (дозировка рассчитана на мужчину весом 94 кг). Каждая ампула имела индивидуальную упаковку (коробочка из светло-серого картона, выложенная изнутри ватными валиками).

Ампулы с цианистым калием выдавались сотрудникам канцелярии НСДАП, аппарата СС, чиновникам государственного и партийного аппарата, членам их семей, секретарям и стенографистам, то есть людям, причастным к государственным тайнам.

Сохранились дневники секретаря А. Гитлера – Траудль Юнге (нем. Traudl Junge, 1920–2002 гг.): «Бункер фюрера содрогался от взрывов. Адольф Гитлер протянул как некое сокровище ампулу с цианистым калием: «Я бы с удовольствием подарил бы Вам на прощание что-нибудь другое».

В 1945 г. Юнге находилась с фюрером, его соратниками и охраной в Фюрербункере до последней минуты. Она напечатала последнее политическое пожелание и завещание Гитлера примерно за 36 часов до его смерти. Со слов Т. Юнге, она играла с детьми Геббельса, когда «Внезапно [...] раздаётся звук выстрела, столь громко и так близко, что все мы затихаем. Это отзывается эхом через все комнаты. “Прямое попадание!” – кричит Хельмут [Геббельс], не подозревая, как он прав. Теперь Фюрер мертв».

1 мая 1945 года, около 21.30, Траудль Юнге покинула Фюрербункер во главе с СС-Бригадефюрером Вильгельмом Монке. Вместе с ними были личный пилот Гитлера Ганс Баур, телохранитель Ганс Раттенхубер, секретарь Герда Кристиан, диетврач Гитлера Констанц Манзиарли, секретарь Бормана Эльза Крюгер и доктор Эрнст-Гюнтер Шенк. Юнге, Крюгер и Кристиан сумели выбраться из Берлина и направились к Эльбе, чтобы перейти границу западного фронта, в то время как большинство остальных было схвачено советскими войсками утром 2 мая в подвале на Скунхаузер Аллее.

Траудль Юнге не воспользовалась подарком фюрера, она дожила до 81 года и умерла в Мюнхене, в середине февраля 2002 года. Юнге была живым свидетелем последних дней нацистского диктатора.

Рейхсмаршал Герман Вильгельм Геринг (Hermann Wilhelm Göring) вместе с семьей добровольно сдался в плен американским войскам в Берхтесгадене. В качестве главного военного преступника привлечён к суду Международного военного трибунала в Нюрнберге, где являлся самым важным подсудимым. Приговорён к смертной казни через повешение. В своем последнем слове (31 августа 1946 года) решения трибунала не признал: «Победитель всегда является судьей, а побежденный – осуждённым. Я не признаю решения этого судилища... Я рад, что меня приговорили к казни... ибо тех, кто сидит в тюрьме, никогда не производят в мученики». Контрольная комиссия трибунала отклонила его прошение о замене смертной казни через повешение расстрелом.

Казнь была назначена на два часа ночи 16 октября, дату держали в строжайшем секрете и от приговорённых, и от прессы. 15 октября в 21 час 30 минут лечащий Геринга доктор Пфлюкер в сопровождении лейтенанта охраны Маклиндена вошёл в камеру Геринга. Как большинство охранников тюрьмы, Маклинден не говорил по-немецки и не мог понять, что доктор говорил Герингу. Лейтенант проследил, как доктор передал Герингу пилюлю (снотворное), которую он принял в их присутствии.

Пфлюкер и Маклинден были последними посетителями камеры № 5, которые видели её узника живым.

На армейском расследовании последний, кто охранял Геринга – рядовой Джонсон – свидетельствовал: «Было ровно 22 часа 44 минут, так как я посмотрел в этот момент на часы. Примерно через две-три минуты он (Геринг) как будто оцепенел и с его губ сорвался сдавленный вздох». На момент прибытия дежурного офицера и тюремного доктора Геринг был уже мертв. В ротовой полости были обнаружены остатки стекла. Военные медики определили отравление цианистым калием.

Комендант тюремного блока полковник Эндрюс был настроен категорично – ни в коем случае не допустить, чтобы кто-нибудь из плененных военных преступников, которых он охранял, ушёл из жизни до суда. Предупредительные меры были особо ужесточены после самоубийства рейхсляйтера, руководителя Германского трудового фронта Роберта Лея. Но Геринг был так уверен, что его яд не найдут, что за четыре (!) дня до своей предполагаемой смерти написал письмо полковнику Эндрюсу с разъяснениями. Это было одно из трёх писем, вложенных в один конверт, который нашли у него в постели после смерти. Первое письмо содержало длинное обращение к германскому народу с оправданием его действий и отрицанием обвинений союзников. Второе было коротким и являлось нежным прощанием с женой и дочерью.

Обращение Геринга к немецкому народу американцы изъяли и с тех пор так и не предоставили его для публикации. Прощальное письмо передали жене Эмме. Третье письмо было таким:

Нюрнберг, 11 октября 1946 года

КОМЕНДАНТУ

Я всегда имел при себе капсулу с ядом с того самого момента, когда меня взяли под арест. Когда меня привезли в Мондорф, я имел три капсулы. Первую я оставил в одежде так, чтобы её нашли при обыске. Вторую я клал под вешалкой, когда раздевался, и забирал, одеваясь. Я делал это и в Мондорфе, и здесь, в камере, так удачно, что, несмотря на частые и тщательные обыски, её не нашли. Во время заседаний суда я прятал её в своих сапогах. Третья капсула все ещё находится в моём чемоданчике, спрятанная в круглой баночке с кремом для кожи... Нельзя винить тех, кто меня обыскивал, так как найти капсулу было практически невозможно. Так уж получилось.

Герман Геринг

P.S. Доктор Гилберт (прим. тюремный психолог) сообщил мне, что контрольная коллегия отказала в замене способа казни на расстрел.

Эта версия у большинства современных исследователей вызывает сомнения, так как они считают, что Геринг не мог 11 месяцев прятать ампулу от тюремщиков. Однако «третья» капсула всё-таки была изъята из его чемодана, а лейтенант Джек Уиллис (начальник склада личных вещей заключённых) попал под подозрение, тем более, что у него были найдены личные золотые вещи Геринга, которые могли быть получены в качестве оплаты.

Заслуживает внимание и такой факт, что, несмотря на беспрецедентные меры коменданта тюремного блока полковника Эндрюса, надзор за заключёнными нацистами в тюрьме Нюрнберга вовсе не был таким абсолютным, как ему казалось.

В обстановке секретности тело Геринга было кремировано 16 октября 1946 года в одной из уцелевших печей концентрационного лагеря Дахау (Dachau) вместе с остальными 10 телами нацистов, казнённых по решению трибунала. В 2006 году англичанами был поставлен фильм «Нюрнберг: Последнее противостояние Геринга» (Nuremberg: Goering's Last Stand).

Рейхсминистр вооружений и военной промышленности Германии – Альберт Шпеер через много лет писал: «У меня был тюбик зубной пасты с ядом внутри все время, пока я находился в Нюрнберге. А потом я взял его с собой в тюрьму Шпандау. Никому и в голову не пришло заглянуть в него».

Оценивая распространённость суицидов в период войны, следует отметить, что несмотря на сложность обстоятельств, далеко не каждая личность совершает самоубийство. Так Фридрих Паулюс (нем. Friedrich Wilhelm Ernst Paulus) – командующей 6-й армией, окруженной под Сталинградом 30 января 1943 г., был представлен к высшему воинскому званию – фельдмаршала. В радиোগрамме А. Гитлер в косвенной форме выдвинул требование совершить самоубийство: «Ни один фельдмаршал немецкой армии в плен не сдавался». Однако, утром 31 января 1943 г., командующий 6-й армией вермахта Ф. Паулюс через офицеров штаба передал советским войскам просьбу о приёме сдачи.

В период 1943–1945 гг. Ф. Паулюс содержался в Красногорском оперативном пересыльном лагере № 27 НКВД (Московская область), в лагере № 160 под Суздалем (в Спасо-Евфимиевом монастыре), затем на «спецобъектах» в Иванове и Озёрах. С 1946 г. фельдмаршал жил под Москвой (на даче в Томилине) как «личный гость Сталина».

После смерти Сталина – 23 октября 1953 г. Паулюс (в сопровождении ординарца Э. Шульте и личного повара Л. Георга) на поезде выехал в Берлин. Он жил в элитном пригороде Дрездена – Оберлошвице, на Пройсштрассе, где Ф. Паулюсу был выделен двухэтажный коттедж, имеющий небольшой двор, парк и беседку. Кроме того, была предоставлена личная охрана, автомобиль «Опель Капитан», право ношения личного оружия.

Согласно данным архивов спецслужб ГДР, Фридрих Паулюс вёл замкнутый образ жизни. Его любимым развлечением стала разборка и чистка пистолета. Он делал это столь часто, что один из агентов доложил в Берлин: а вдруг фельдмаршал решил застрелиться? Из Министерства государственной безопасности ГДР пришел ответ: «Если он не застрелился в Сталинграде, то зачем ему делать это сейчас?».

63-летний Паулюс, получая большую пенсию, работал в должности начальника Военно-исторического центра Дрездена, а кроме того, читал лекции курсантам Высшей школы народной полиции ГДР. Согласно данным архива (ГДР, Дрезден), Ф. Паулюс подписывал свои письма «генерал-фельдмаршал бывшего вермахта». В интервью газетам он подвергал Западную Германию резкой критике, противопоставляя её Германской Демократической Республике, осуждая «западногерманский милитаризм».

Незадолго до смерти Паулюса (являвшегося одним из авторов плана Барбаросса) спросили: «Что бы Вы хотели сказать жителям Сталинграда?». Генерал-фельдмаршал ответил: «Я хочу перед ними извиниться».

Суицид в XX веке. Российская империя, РСФСР и СССР, Российская Федерация

Значительное распространение в России суицид получил в XX веке, что обуславливается несколькими революциями, двумя мировыми войнами, репрессиями и социально-экономическими кризисами, крушением моральных и политических ценностей, прошедшими за последнее столетие.

Российская империя (1900–1917 гг.). В период с 1870 по 1908 гг. число самоубийств в ней увеличилось в 5 раз. Только революционный 1905 г. дал снижение показателей самоубийства. Последние 7 месяцев 1905 г. дали лишь 85 случаев самоубийств; в 1906 г. число их увеличивается, в 1907 г. происходит быстрый скачок вверх; один январь 1907 г. дал 43 случая, а в последующие месяцы число их еще более увеличивается (Сорокин П. А., 2003).

В Петербурге, по данным доктора Григорьева, с 1906 до 1909 года самоубийства увеличились на 25,0 %, тогда как население увеличилось лишь на 10,0 %. В 1906 году на 10000 человек убивало себя 5 человек, в 1910 году – 11 человек. По данным Жбанкова, за 1905–1909 годы из 9510 случаев самоубийств крестьяне составляют 57,3 %, высшие и богатые классы – 11,5 %, учащиеся – 10,7 %, чиновники – 7,7 %, армия и полиция – 7,5 %.

Более точная статистика Петербурга за 1911 год: из общего числа самоубийц крестьяне составляют 78,14 %, дворяне – 7,71 %, мещане – 11,74 %, купцы – 1,53 %, духовенство – 0,21 %, иностранные поданные – 0,71 %. Значит на 10000 человек каждой группы самоубийц приходится: крестьян – 10 чел., дворян – 6, мещан – 4, купцов – 8, духовенства – 2 человека.

Гражданская война (1917–1922 гг.). В период гражданской войны, российское общество раскололось на два основных лагеря, а ожесточенная борьба между социальными группами сопровождалась проявлениями жестокости, как со стороны контрреволюционеров, так и со стороны Красной Армии. Суицид в этот период приобрёл настолько массовый характер, что можно говорить о формировании социального стереотипа: жестокость по отношению к врагам, сочетающаяся со страхом попасть в плен, который почти всегда означает мучительную смерть. Для сохранения личного достоинства и избегания страданий самоубийство являлось единственным выходом в сложной ситуации. Примером может служить отступление из Крыма войск генерала Петра Николаевича Врангеля, когда сотрудники контрразведки, не сумевшие попасть на пароходы, отходящие в Константинополь, стрелялись прямо в порту, на груде чемоданов. Гражданская война принесла огромные бедствия: погибли (по различным данным) от 8 до 13 млн человек, эмигрировали около 2 млн человек.

Самоубийства в СССР 1920-х годов. Благодаря усилиям М. Н. Гернета, в 1920-е гг. в рамках Центрального статистического управления (ЦСУ) СССР был образован Отдел моральной статистики, учитывающий, помимо прочих проявлений девиантного поведения, самоубийства. Из нескольких выпусков, подготовленных отделом, и трудов М. Н. Гернета возможно получение уникальной по своей полноте и аналитическим возможностям информации (Гернет М. Н., 1927, 1992, 1997).

Общие сведения о завершённых самоубийствах в СССР за 1923–1926 гг. представлены в табл. 1. Хотя, как и следовало ожидать,

количество самоубийств в СССР увеличивается, однако это происходит во всем мире, и СССР оставался в числе стран с невысоким уровнем суицидального поведения. Так, в 1921–1925 гг. уровень завершённых самоубийств составлял: Англия и Уэльс – 9,4; Австрия – 27,3; Бельгия – 18; Венгрия – 27,9; Германия – 22,3; Голландия – 6,2; Дания – 14,1; Италия – 8,4; Норвегия – 5,8; Финляндия – 12,4; Франция – 19,5; Швеция – 14,6; Швейцария – 23,5. В СССР уровень самоубийств в 1925 г. – 8,6, в 1926 г. – 7,8.

Таблица 1

Количество и уровень завершённых самоубийств в СССР (1923–1926 гг.)

Показатель	Год			
	1923	1924	1925	1926
Мужчины	2546	3010	3943	4185
Женщины	1464	1671	1903	1749
Всего	4010	4681	5846	5934
Уровень (на 100 тыс. чел.)	4,4	5,1	6,3	6,4

Относительно быстрее растут самоубийства в столицах (табл. 2).

Таблица 2

Уровень завершённых самоубийств в Санкт-Петербурге и Москве (1917–1926 гг.)

Город	Год									
	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Петроград (Ленинград)	10,5	–	23,7	24,7	27,8	29,9	32,6	32,1	34,4	35,9
Москва	6,8	7,9	8,5	6,2	9,4	13,9	23	33,7	17,5	25,8

Приведённые в табл. 2 данные свидетельствуют, что Петроград (Ленинград) быстро и остро «отреагировал» на Великую Октябрьскую Социалистическую Революцию 1917 года и последующие катаклизмы. В Москве «суицидальная реакция» наступила несколько позднее (с 1922 г.).

Доля женских самоубийств составляла в 1923 г. – 36,5 %, в 1924 г. – 35,7 %, в 1925 г. – 32,5 %, в 1926 г. – 29,5 %. В 1924 г. доля женских самоубийств в Англии и Уэльсе – 29,0 %, в Дании – 28,0, в Италии и Голландии свыше 26,0 %.

При анализе данных по половозрастному распределению самоубийств в 1926 году обращает на себя внимание очень высокий уровень самоубийств молодёжи (возрастные группы 20-24 года, 25-29 лет, 18-19 лет). Отмечался более высокий уровень суицида горожан, особенно в Москве и Ленинграде, по сравнению с сельским населением.

Общий уровень самоубийств в 1926 г. в Москве и Ленинграде составлял 41,8 среди мужчин, 19,5 среди женщин, в других городах соответственно 26,4 и 11,0, в сельской местности – 7,3 и 2,4.

Среди способов добровольного ухода из жизни (1926) первое место по-прежнему занимало повешение – 49,7 %, далее следовали: с помощью огнестрельного оружия – 23,9 %, отравление – 14,6, утопление – 4,0, с помощью холодного оружия и путём попадания под транспорт – по 3,0, падение с высоты – 0,5 %, иное – 2,0 %.

При этом городские женщины предпочитали отравление (оно выходило на первое место среди других способов), а мужчины и сельские жительницы – повешение.

В 1920-е гг. подтверждался весенне-летний пик самоубийств (свыше 57,0 %), максимум их приходится на июнь, минимум – в январе.

По дням недели в городах наиболее «суицидогенны» понедельник и среда, самый благополучный день – воскресенье, в сельской местности максимум самоубийств приходилось на воскресенье и понедельник. Отечественные исследователи гипотетически связывают такое недельное распределение (максимум – в понедельник) с похмельным синдромом (Гишинский Я. И., Румянцева Г. А, 2000).

В течение суток число самоубийств увеличивалось от утра (4-9 час. – минимум) к ночи (23-3 час.) – вечеру (16-21 час.) с максимумом днем (10-15 час.).

Суициды в среде литераторов. Покончили жизнь самоубийством известные деятели культуры и искусства. Так, поэт С. А. Есенин был найден повешенным 28.12.1925 года в номере ленинградской гостиницы «Англетер». Среди вещей была обнаружена бумага с написанным кровью стихотворением:

*До свиданья, друг мой, до свиданья.
Милый мой, ты у меня в груди.
Предназначенное расставанье
Обещает встречу впереди.*

*До свиданья, друг мой, без руки, без слова.
Не грусти и не печаль бровей,
В этой жизни умирать не ново, –
Но и жить, конечно, не новей.*

27 декабря 1925 г. Ленинград

Поэт был очень популярен, а его предсмертное стихотворение приобрело особую известность. В подражание кумиру стали совершать суицидальные попытки многочисленные поклонницы поэта. Так, тело близкой Сергею Александровичу Галины Бениславской было найдено

на Ваганьковском кладбище, на могиле Есенина. Рядом с телом обнаружена предсмертная записка: «Если нож будет воткнут в землю, то я не жалею о содеянном, я ухожу с чистым сердцем». Женщина покончила с собой, выстрелив в грудь из револьвера, а ее рука сжимала по рукоятку воткнутый в землю финский нож. Случай это получил огласку, оброс многочисленными слухами и подогрел нездоровый интерес вокруг обстоятельств смерти Сергея Александровича. Число суицидов, совершаемых в подражание знаменитому поэту, возросло.

Владимир Владимирович Маяковский получил социальный заказ: написать стихотворение, где упадническому духу последнего стихотворения Есенина будет противопоставлена решительная, жизнеутверждающая позиция советской молодежи. В 1926 году было написано стихотворение «Сергею Есенину», которое заканчивается такими строками:

Для веселия
 планета наша
 мало оборудована.
Надо
 вырвать
 радость
 у грядущих дней.
В этой жизни
 помереть
 не трудно.
Сделать жизнь
 значительно трудней.
1926

Стихотворение было опубликовано в центральной печати и получило широкий политический резонанс: В. В. Маяковский был одним из ведущих советских поэтов, кроме того, с его именем связывалось искусство революционного плаката. В зените славы В. В. Маяковский провел персональную выставку, а в 1930 году застрелился. Одна из его последних фраз была многозначительна: «У меня выходов нету».

В 1946 году покончил с собой беллетрист, автор популярных исторических романов Анатолий Виноградов. На его похоронах генеральный секретарь Союза писателей СССР Александр Александрович Фадеев сказал, что это – последнее писательское самоубийство. Ровно через десять лет, «оттепельной» весной 1956 года, покончил с собой он сам. В газетах написали, что А. Ф. Фадеев сделал это «в состоянии душевной депрессии, осложненной «алкоголизмом». Так что многим

показалось: бывший писательский генеральный секретарь наверняка испугался разоблачения культа личности Сталина, чьим литературным подручным он был.

Главные герои двух главных фадеевских романов: «Разгрома» и «Молодой гвардии» – партизаны и подпольщики, то есть сословие по-своему свободных людей. Находясь в мире, полыхающем войной, они все же свободны в выборе своей судьбы. Собственно, и своей смерти, которую они бесстрашно выбирают, предваряя, между прочим, и будущий выбор своего автора.

Детство и юность Фадеева прошли на Дальнем Востоке, родители писателя – и переселенцы, и революционеры, их сын был поразительно, просто биологически красив. В Фадеева влюблялись прелестнейшие московские актрисы и поэтессы. Разные собрания и «конгрессы» не столько слушали его, сколько вглядывались в статного сидящего красавца. Но сам он удивительным образом еще в юности влюбился в то, что всегда пребывало вне революционно-идеологического поля, которому он принадлежал, – в художественную правду. Да еще в величайшее ее проявление – в стиль Л. Н. Толстого, решительно отвергавшего любую ложь. Фадеев оказался едва ли не единственным писателем во всем литературно-коммунистическом стане прошлого столетия, который свою неистовую веру в тот догмат сочетал именно с толстовской эстетикой, требующей самого бескомпромиссного жизнеподобия. «Романтизм, – говорил Толстой, – это от страха взглянуть правде в глаза». Вот в «Разгроме» двадцатипятилетний автор, бывший красный партизан, нисколько не поступаясь своим коммунистическим фанатизмом, и посмотрел правде в глаза. Обычно ведь революционер видит не то, что есть, а то, что должно быть. Фадеев же в «Разгроме» попытался создать коммунистическую литературу, едва ли не суеверно хранящую верность действительности – психологической, батальной, эротической, что сообщило этому роману, наравне с «Тихим Доном» М. А. Шолохова, какую-то загадочную уникальность в советской литературе. С ее ложью, отшлифованной цензурой до совсем уж анекдотического блеска. Доктрина «живого человека», проповедуемая молодым писателем в манифесте «Долой Шиллера», была для советской истории явно лишней. Попав в литературу, А. Фадеев, по своей военно-партизанской привычке сразу же устремился в ее командиры. И немедленно попал в поле зрения ее главнокомандующего. Максим Горький, конструируя социалистический реализм, говорил тогда: «Нам необходимо знать не только две действительности – прошлую и настоящую. Нам

нужно знать еще третью действительность – действительность будущего». Постепенно эта гипотеза некоего идеального коммунистического будущего становилась единственной дозволенной реальностью. Литературный проект «живого человека» в грозной тени той «третьей действительности» превращался всего лишь в риторическую игрушку.

В 1931 году в журнале «Красная новь», где А. Фадеев временно занимал должность ответственного редактора, появилась повесть Андрея Платонова «Впрок». Фадеева вызвал к себе разъяренный Сталин: «Так это вы напечатали эту кулацкую, антисоветскую писанину?» Вот в том кабинете и были окончательно похоронены фадеевские литературные планы по сочетанию правды и идеала. В 1930-х годах литература, по существу, ушла от писателя, он превратился в сталинского литературного визиря. Понимал ли это сам Фадеев? Почти наверняка. В день смерти Михаила Булгакова, разговаривая с его вдовой, Фадеев вдруг разрыдался. У него были все основания оплакивать и самого себя. Что же ему оставалось? Безграничная и одновременно фантомная власть над бесконечно запуганными «инженерами человеческих душ», полностью подконтрольная другой, куда более реальной власти. Незадолго до смерти Сталин спросит его: «Что ж это вы, товарищ Фадеев, не проявили бдительности и не разоблачили Алексея Толстого как шпиона английского, а Илью Эренбурга – как французского?!» Впрочем, хватало и других литераторов. Так, в числе репрессированных в 1949 году оказался близкий друг и соратник Фадеева по великим иллюзиям 1920-х Иоганн Альтман. Один китайский литературовед очень остроумно доказывал, что прототипом партизанского вожака Левинсона в «Разгроме» является Лев Давидович Троцкий, но, похоже, им, скорее всего, был «пламенный Иоганн»...

Впрочем, кое-кого из незадачливых «инженеров человеческих душ» Фадеев пытался спасти. Для этого он однажды приехал на дачу к Лаврентию Павловичу Берию. Разговор, как водится, закончился обильными возлияниями, а потом яростной перепалкой, жестокой ссорой, хлопнувшей остервенелым Фадеевым дверь. Хозяин выслал за ним вслед автомобиль – то ли довезти до Москвы, то ли раздавить... И, вспомнив партизанскую молодость, Фадеев ринулся от преследователей прямо в лес. И ползком ушел от них. Через несколько часов он появился на даче у знакомых. Молча там посидел, а затем встал и, огромный, красивый, ушел в поле, запев во весь голос любимый цыганский романс. А в мае 1956-го, написав беспощадное письмо «товарищу правительству» (его тотчас замуровали в секретный партийный

сейф на тридцать пять лет), он поднес к виску пистолет. Но выстрел тот, увы, не сумел разрушить недобрый миф вокруг его имени. В литературных энциклопедиях А. Фадеев упоминается как образцовый писатель-сталинист. И только лишь аутсайдер, Борис Пастернак, рискнул в «Людах и положениях» напомнить о «детской» улыбке Фадеева, которую тот ухитрился пронести «через все хитросплетения политики». И о другой предсмертной записке, все же ускользнувшей от политического сыска и обращенной Фадеевым к самому себе: «Ну, прощай, Саша».

Суициды в среде послевоенной партийной номенклатуры. Резкое увеличение числа суицида в СССР было зафиксировано после XX съезда КПСС (1956), когда Н. С. Хрущёв подверг резкой критике так называемый культ личности и деятельность И. В. Сталина.

Увеличение числа суицида также отмечалось после выноса тела Сталина из Мавзолея. По воспоминаниям Ф. Конева, бывшего командира Кремлевского полка события развивались следующим образом:

«Шёл октябрь 1961 года. Стояли серые, пасмурные и прохладные дни, а в Кремлевском Дворце съездов заседал XXII съезд КПСС. Решение съезда о выносе тела И. В. Сталина из Мавзолея было принято 30 октября по предложению И. Спиридонова от имени Ленинградской партийной организации. Окончательное решение, видимо, было принято на Пленуме ЦК КПСС, который заседал 31 октября 1961 года.

Как только начал работать Пленум, меня вызвал в здание правительства заместитель начальника Управления личной охраны полковник В. Чекалов и приказал подготовить одну роту для перезахоронения Сталина на Новодевичьем кладбище.

Потом мне позвонил по телефону В. Чекалов и сказал, что захоронение будет за Мавзолеем Ленина у Кремлевской стены.

День шел к концу. На Красной площади собралось много народа. Ходили группами, подходили к Мавзолею и гостевым трибунам, пытаясь посмотреть, что делается за Мавзолеем.

Чтобы выяснить настроение людей, я переоделся в гражданскую одежду и вышел на Красную площадь. Люди в группах вели возбужденные разговоры.

Содержание их можно свести однозначно к следующему: «Почему этот вопрос решили, не посоветовавшись с народом?».

К 18 часам того же дня наряды милиции очистили Красную площадь и закрыли все входы на нее под тем предлогом, что будет проводиться репетиция техники войск Московского гарнизона к параду.

Когда стемнело, место, где решено было отрыть могилу, обнесли фанерой и осветили электрическим прожектором. Примерно к 21 часу солдаты выкопали могилу и к ней поднесли 10 железобетонных плит размером 100х75 см. Силами сотрудников комендатуры Мавзолея и научных работников тело Сталина изъяли из саркофага и переложили в дощатый гроб, обитый красной материей. На мундире золотые пуговицы заменили на латунные. Тело покрыли вуалью темного цвета, оставив открытым лицо и половину груди. Гроб установили в комнате рядом с траурным залом в Мавзолее.

В 22.00 прибыла комиссия по перезахоронению, которую возглавлял Н. Шверник. Из родственников никого не было. Чувствовалось, что у всех крайне подавленное состояние, особенно у Н. Шверника.

Когда закрыли гроб крышкой, не оказалось гвоздей, чтобы прибить ее. Этот промах быстро устранил полковник В. Тарасов (начальник хозотдела). Затем пригласили восемь офицеров полка, которые подняли гроб на руки и вынесли из Мавзолея через боковой выход.

В это время по Красной площади проходили стройными рядами автомобили, тренируясь к параду.

К 22 часам 15 минутам гроб поднесли к могиле и установили на подставки. На дне могилы из восьми железобетонных плит был сделан своеобразный саркофаг. После 1-2-минутного молчания гроб осторожно опустили в могилу. Предполагалось гроб сверху прикрыть еще двумя железобетонными плитами. Но полковник Б. Тарасов предложил плитами не закрывать, а просто засыпать землей.

По русскому обычаю, кое-кто из офицеров (в том числе и я) украдкой бросили по горсти земли, и солдаты закопали могилу, уложив на ней плиту с годами рождения и смерти Сталина, которая много лет пролежала в таком виде до установления памятника (бюста)» (Конев Ф., 1990).

Следует отметить, что в 1961 году в СССР также была проведена денежная реформа – обмен денежных знаков в соотношении 10:1. Возможно, что увеличение числа суицида можно объяснить политическими и экономическими реформами в стране.

В СССР господствовало мнение, что суицид – явный признак психического заболевания. Поэтому каждому самоубийце приписывалось психическое расстройство; а тех, кто совершал суицидальные попытки, после оказания помощи в токсикологическом или хирургическом отделении для продолжения лечения переводили в психиатрическую больницу.

Статистические исследования показывают, что серьезные социальные кризисы влекут за собой шлейф суицидов.

Суициды в период Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.). В первые месяцы войны на фронте сложилась крайне тяжелая обстановка.

В первые дни войны немецкая армия продвигалась вглубь территории СССР на 50 километров в день, а в первый месяц боёв в плен попало более миллиона советских солдат и офицеров. Специалистами по новой и новейшей истории выделяется три группы причин пленения большого количества военнослужащих РККА (Шнеер А., 2005):

1. Военно-стратегические причины: неожиданное нападение Третьего рейха на СССР, тяжёлые условия войны, в которых оказались солдаты РККА (подавляющая часть пленных была захвачена в т. н. «больших котлах»), привели к тому, что крупные группы частей Красной армии, исчерпав все возможности к сопротивлению и лишённые всякой поддержки командования, попадали в плен.
2. Социально-политические причины: репрессивная политика советского государства (красный террор, коллективизация, сталинские репрессии) вызывала значительное недовольство как среди населения СССР, в особенности крестьян, так и вновь присоединённых территорий (Западная Украина, Прибалтика), отказывавшихся оказывать вооружённое сопротивление на стороне СССР и предпочитавших добровольно сдаваться в плен.
3. Субъективно-психологические факторы: растерянность, паника, вызванные отсутствием адекватного командования и видимым превосходством немецких войск в начальный период войны.

С самого начала Великой Отечественной войны под подозрение в предательстве попали все военнослужащие и гражданские лица, оказавшиеся даже на непродолжительное время за линией фронта. Во всех

кадровых анкетах появился вопрос: «Были ли Ваши родственники на оккупированной территории?».

Статья 193 Уголовного Кодекса РСФСР 1926 года предусматривала «за сдачу в плен, не вызывавшуюся боевой обстановкой – расстрел с конфискацией имущества». В статье 22 «Положения о воинских преступлениях» 1927 г. говорилось, что сдача в плен, не вызванная боевой обстановкой, а также переход на сторону врага предусматривают высшую меру наказания (расстрел) с конфискацией имущества (Потапов М., Аничкин Н.). Необходимо отметить, что по смыслу закона подлежала наказанию только сдача в плен «не вызванная боевой обстановкой». Так, в 1926 году названная статья Положения комментировалась как: «в известных случаях обстановка на поле боя может сложиться так, что сопротивление по существу представляется невозможным, а уничтожение бойцов бесцельным. В этих случаях сдача в плен является актом допустимым и немогущим вызвать судебные преследования» (Змиев Б., 1928).

Вместе с тем, расширялась практика заочного осуждения военнослужащих, находившихся за линией фронта, как изменников Родины. Достаточным основанием для такого решения были полученные оперативным путём сведения об их якобы антисоветской деятельности. Вердикт выносился без всякой проверки, иногда лишь по одному заявлению.

Попавших в плен советских военнослужащих И. В. Сталин назвал их предателями. Кроме того СССР не признал Гаагскую конвенцию и Декларацию 1907 года о законах сухопутной войны и не подписал Женевскую конвенцию 1929 года, определявшую правовой статус военнопленных, хотя эта конвенция была подписана 47 странами. В ходе ожесточенных оборонительных боев, отмечалась ранее нехарактерные для российской армии показатели сдачи в плен солдат и офицеров. Для укрепления воинской дисциплины был принят ряд мер, в том числе получивший широкую известность приказ № 270 Ставки Верховного Главнокомандования СССР от 16 августа 1941 года «Об ответственности военнослужащих за сдачу в плен и оставление врагу оружия», подписанный И. В. Сталиным. Этот документ определял, при каких условиях военнослужащие РККА считаются дезертирами. Согласно приказу 270, командиры и политработники, срывающие знаки различия и сдающиеся в плен, объявлялись дезертирами, а их семьям грозил арест, государственного пособия и помощи лишались командиры и группы красноармейцев, сдавшихся врагу не исчерпав все средства

к сопротивлению. Приказ призывал «драться до последней возможности, чтобы пробиться к своим». Каждый красноармеец был обязан сражаться до последней возможности, даже если войсковое соединение было окружено превосходящими силами противника; запрещалось сдаваться в плен врагу. Нарушители могли быть расстреляны на месте; при этом они признавались дезертирами.

Несмотря на то, что в приказе № 270 не содержалось прямых указаний на совершение суицида в случае опасности пленения, в действующей армии преобладала точка зрения, согласно которой «советский человек» должен предпочесть суицид сдаче в плен.

О значении приказа № 270 в жизни не только рядовых красноармейцев, но и представителей генералитета, свидетельствуют такие факты:

* * *

В первые дни Великой Отечественной войны на базе войск округа была сформирована 28-я армия. Генерал-лейтенант Владимир Яковлевич Качалов принял командование этой армией и во главе её прибыл на Западный фронт. Участвовал в Смоленском сражении. В 20-х числах июля 1941 года Владимир Яковлевич возглавил оперативную группу в составе трёх дивизий, которая нанесла наступающим немецким войскам контрудар из района Рославля и отбросила противника за реку Стометь, создав тем самым угрозу с тыла передовым соединениям вермахта. Чтобы парировать удар, немецкое командование было вынуждено подтянуть на этот участок фронта крупные силы, которые вскоре фланговыми ударами окружили группу Качалова. 4 августа 1941 года при прорыве из окружения В. Я. Качалов погиб. Похоронен в посёлке Стодолище Починковского района Смоленской области.

Не имея точных сведений о судьбе генерала Качалова, Ставка Верховного Главнокомандования в приказе № 270 от 16 августа 1941 года обвинила его в измене Родине и сдаче в плен. 29 сентября 1941 года Военная коллегия Верховного Суда СССР, рассмотрев дело по обвинению Качалова по статье 58/1Б УК РСФСР, заочно приговорила его к смертной казни. В 1952–1953 годах было проведено расследование,

позволившее установить обстоятельства гибели генерала. 23 декабря 1953 года Военная коллегия Верховного Суда СССР отменила свой приговор 1941 года и реабилитировала В. Я. Качалова.

Генерал-майор Павел Григорьевич Понеделин участвовал в боях с первых дней войны, руководя действиями 12-й армии. В течение июня и июля 1941 года 12-я армия отступала на юго-восток. Попал в окружение возле села Подвысокое в ходе битвы под Уманью. 7 августа при попытке выхода из окружения генерал-майор П. Г. Понеделин вместе с командиром корпуса генерал-майором Н. К. Кирилловым попал в плен. Немцы использовали факт пленения в пропагандистских целях. Генералов П. Г. Понеделина и Н. К. Кириллова сфотографировали рядом с немецкими офицерами и листовки с этими фотографиями разбрасывали в расположении наших частей.

16 августа 1941 года вышел приказ Ставки Верховного Главнокомандования Красной Армии № 270, в котором командующий 28-й армией генерал-лейтенант В. Я. Качалов, командующий 12-й армией генерал-майор Понеделин и командир 13-го стрелкового корпуса генерал-майор Н. К. Кириллов названы трусами, дезертирующими к врагу и сдающимися ему в плен. Заочным приговором Военной коллегии Верховного Суда в 1941 году приговорён к расстрелу. С августа 1941 года по 29 апреля 1945 года находился в немецком плену. Его жена Нина Михайловна и его отец Григорий Васильевич были арестованы как «члены семьи изменника Родины» (ЧСИР).

Павел Григорьевич был освобождён американскими войсками 29 апреля 1945 года. 3 мая 1945 года передан советским представителям. Арестован 30 декабря 1945-го и заключён в Лефортовскую тюрьму. Обвинялся в том, что «являясь командующим 12-й армией и попав в окружение войск противника, не проявил необходимой настойчивости и воли к победе, поддался панике

и 7 августа 1941 года, нарушив военную присягу, изменил Родине, без сопротивления сдался в плен немцам и на допросах сообщил им сведения о составе 12-й и 6-й армий». В начале 1950 года написал письмо Сталину с просьбой пересмотреть дело. 25 августа 1950 года Военной коллегией Верховного Суда приговорён к расстрелу с исполнением приговора немедленно. Виновным в сотрудничестве с немцами себя не признал. Реабилитирован посмертно после отмены приговора 13 марта 1956 года. Прах расстрелянного генерала Понеделина покоится в Общей могиле № 2 на новом Донском кладбище в Москве.

Генерал-майор Николай Кузьмич Кириллов в феврале 1938 года был назначен командиром 13-го стрелкового корпуса. В начале Великой Отечественной войны корпус под командованием Н. К. Кириллова в составе 12-й армии участвовал в приграничном сражении на Юго-Западном фронте. В августе соединения 12-й армии, включая 13-й стрелковый корпус попали в окружение южнее Умани и в течение нескольких дней вели тяжёлые оборонительные бои.

10 августа 1941 года попал в плен. Приказом Ставки ВГК № 270 от 16 августа 1941 года объявлен злостным дезертиром и изменником Родины. 13 октября 1941 года заочно приговорён к расстрелу. В немецком плену находился в концентрационных лагерях Вольфхайде и Дахау. В 1945 году освобождён союзными войсками и передан представителям советской военной администрации.

30 декабря 1945 года арестован и до конца лета 1950 года находился под следствием. 25 августа 1950 года осуждён Военной коллегией Верховного суда СССР по статье «измена Родине военнослужащим», приговорён к высшей мере и в тот же день расстрелян. Захоронен на Донском кладбище Москвы.

29 февраля 1956 года Военная коллегия Верховного суда СССР прекратила дело в отношении Николая Кузьмича

Кириллова «за отсутствием состава преступления». Вскоре он был восстановлен в воинском звании и наградах.

Суициды в СССР после Второй мировой войны. В период хрущевской «оттепели» и начале «периода застоя», который отсчитывается с правления Л. И. Брежнева (1964) уровень самоубийств в СССР был не очень высок и соответствовал среднеевропейским показателям. С 1965 года отмечается рост количества самоубийств, достигая максимума к 1984 году – 29,7 на 100 тыс.чел. – после смерти Л. И. Брежнева, в конце «эпохи застоя», отмечавшейся обострением социальных, экономических и политических проблем в стране. В 1984 г. СССР вышел на одно из первых мест в мире по уровню самоубийств (после Венгрии) среди стран, дающих сведения во Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) о количестве умерших и причинах их смерти. Таким образом, показатели уровня самоубийств служат надежным маркером социальной ситуации.

Таблица 3

Количество и уровень самоубийств в СССР (1965–1991 гг.)

Показатель	Год											
	1965	1970	1975	1980	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Абсолютное количество (в тыс.)	39,5	56,1	65,7	71,3	81,4	68,1	52,8	54,1	55,5	60,3	60,8	–
Уровень (на 100 тыс. чел.)	17,1	23,1	25,8	28,9	29,7	24,6	18,9	19,1	19,5	21	21,1	–

Данные, представленные в табл. 3, приводятся до распада СССР, отчётливо отражают основные тенденции динамики завершённых самоубийств в стране.

С 1987 года – первого года инициированной М. С. Горбачёвым Перестройки уровень самоубийств в СССР сокращается, достигая минимальных показателей в 1986 году. Вероятно, это было вызвано появлением признаков изменения экономической, политической, социальной стагнации в стране.

Однако эйфория продолжалась недолго: с 1988 г. в СССР начался медленный, постепенный рост самоубийств с последующим резким скачком в 1992 г. (на 17,0 %). В 1993 г. в СССР уровень самоубийств (38,1) почти достигает «рекордного» показателя 1984 г. (38,7), и Россия делит с Эстонией (38,1) 4-5 места в мире (после Латвии – 42,3, Литвы – 42,1 и Венгрии – 39,8). А показатели 1994 и 1995 гг. (свыше 40) оказываются экстремальными (выше 40 фиксировался уровень только в Вен-

грии в 1980–1989 гг.). В 1994 г. Россия (41,8) выходит на второе место в мире (после Литвы – 45,8) (Гилинский Я. И., 1998).

Доля смертей в результате самоубийств в общем количестве умерших составила: 1990 г. – 2,4 %, 1991 г. – 2,3, 1992 г. – 2,6; 1993 – 2,6, 1994 г. – 2,7 %. Сто пятьдесят лет назад этот показатель в России равнялся 0,06–0,09 %.

Таким образом, в послевоенный период в СССР происходил и непрерывный рост числа самоубийств – с 17,1 на 100 000 населения в 1965 до 29,7 в 1984 году (Гилинский Я. И., Румянцева Г. А., 2000).

Суициды в России периода Первой чеченской войны (1994–1996). Так по данным, «Независимой газеты» со ссылкой на специсточники, после Первой чеченской войны (1994–1996) застрелились почти 600 российских офицеров. По российским данным, 31,5 % сотрудников ГУВД г. Москвы, совершивших суицид в 1997 г., ранее служили в «горячих точках» (Човдырова Г. С., 2000).

Суициды в XX веке. Послевоенные годы, США

Во многих штатах США лица, предпринявшие суицидальную попытку преследовались уголовным законодательством, например в штате Нью-Йорк (США) их приговаривали к 20 годам тюремного заключения.

В большинстве штатов США действует закон, запрещающий оказывать помощь другому лицу в осуществлении суицида (Бехтерев В. М., Булацель Т. Ф., 1997).

Со специфической проблемой столкнулось американское общество после окончания войны во Вьетнаме (1965–1975 гг.) – одного из крупнейших военных конфликтов второй половины XX века, оставившего заметный след в культуре и занимающий существенное место в новейшей истории США.

Проблема заключалась в затруднении социальной адаптации большой части ветеранов вьетнамской войны, а крайним выражением неприятия новых условий жизни является суицид среди лиц, переживших экстремальные потрясения. Удивительные данные приводятся американскими источниками: количество американских солдат, покончивших жизнь самоубийством после окончания войны во Вьетнаме (до 1990-х годов), превышает число погибших (около 58 тыс. чел.) в боевых действиях (Ответчиков А. В., 1991). Л. А. Китаев-Смык пишет: «После вьетнамской войны самоубийством закончили жизнь в три раза больше воевавших там солдат, чем погибло в боях во Вьетнаме.

Американские психологи пытались объяснить: «Смерть догнала тех, кто вернулся с войны с покалеченной на фронте душой». Это не так. В большинстве вернулись нормальные парни, осознавшие свою силу, способность жить энергичней, интенсивней других, успокоенных в мирном довольстве. Рутинно процветающая Америка не приняла их, не востребовала их фронтового задора. У вьетнамских ветеранов возник «вторичный послевоенный синдром». Добровольно уходя из жизни, они присоединялись к погибшим на фронте друзьям, героям, не признанным обществом, оставаясь верными фронтовому единству» (Китаев-Смык Л. А., 1998).

1.4. Суицид через призму религиозных представлений

– Все те, кто смерти собственный виновник,
Кто сам себя освободил от мук,–
Ввергаются в седьмой ужасный круг <...>
И, там пустив немедленно росток,
Становятся стволом или кустами...<...>
И мы, в числе таких же душ презренных,
Должны искать своих останков бранных,
Но никогда не сможем мы вернуть
Утраченного нами самовластно.
В глухом лесу отчаянья и зла
Повиснут здесь самоубийц тела
На дереве души своей несчастной.

Данте А. Божественная комедия

Язычество. В большинстве древних языческих культур (Египет, Греция, Рим, Скандинавия) запрета на самоубийство нет.

Восточные религии. В индуизме (Индия) и буддизме (Индия, Япония, Китай и др.) считается, что только для престарелого архата возможно кармически нейтральное лишение себя жизни. В синтоизме (Япония) самоубийство не только не запрещено, но и прямо поощряется в варианте харакири (сеппуку). Эта форма самоубийства совершалась либо по приговору, как наказание, либо добровольно, в тех случаях, когда была затронута честь самурая, или в знак верности самурая своему сюзерену.

Христианство. Православное христианство считает самоубийство одним из тяжелейших грехов по той причине, что человек совершает двойной грех – убийства и отчаяния, в которых уже нельзя покаяться. Совершившие самоубийство лишаются отпевания перед погребением. Единственным исключением являются сумасшедшие, покончившие с жизнью в состоянии помутнения рассудка. Самоубийцу отпевают лишь в том случае, если священнослужитель признает покойного безумным, что чаще всего выражается в предъявлении родственниками самоубийцы соответствующей медицинской справки. Ранее самоубийц хоронили вне кладбища. Подобная практика сохранялась до 1950-х годов, а местами встречается и в современной России, в форме запрета на захоронение на церковном кладбище.

Если же человек, сознательно лишаящий себя жизни, имеет своей целью спасти другого человека или группу людей, то такой поступок классифицируется не как самоубийство, а как самопожертвование. Такой человек почитается наравне со святыми мучениками. Это основывается на словах Христа: «Нет больше той любви, как если кто положит душу свою за друзей своих» (Ин. 15,13).

Вместе с тем жизнь не ограничивается земными рамками, в которых воспринимает человека секулярное мировоззрение и связанная с ним юридическая система. Христианство свидетельствует, что земная жизнь, ценная сама по себе, обретает полноту и абсолютный смысл в перспективе жизни вечной. Поэтому на первом месте должно стоять не само желание во что бы то ни стало сохранить земную жизнь, а стремление устроить ее так, чтобы человек мог в соработничестве с Богом созидать свою душу для вечности. Слово Божие учит, что отдавание своей земной жизни ради Христа и Евангелия (см. Мк. 8, 35) и ради других людей не вредит спасению человека, но, наоборот, приводит его в Царство Небесное (см. Ин. 15, 13). Церковь почитает подвиг мучеников, даже до смерти послуживших Господу, и исповедников, не отрекшихся от него перед лицом гонений и угроз. Православные христиане также чтят героизм тех, кто отдал жизнь на поле брани за Отечество и ближних своих. В то же время Церковь осуждает самоубийство, поскольку совершающий его не приносит себя в жертву, а отвергает жизнь как дар Божий. В связи с этим неприемлема легализация так называемой эвтаназии – содействия уходу из жизни людей, которое представляет собой сочетание убийства и самоубийства.

Ислам. В исламе, как и в христианстве, негативно рассматривается обычное, «бытовое» самоубийство, а в Коране содержится прямой

запрет на добровольное лишение себя жизни (4:29). Однако есть толкования Корана (принятые в ряде сект и религиозно-мистических течений ислама), заявляющие о том, что если человек убьет неверных и в результате умрёт сам, то он окажется в раю и его статус будет равен статусу шахида. Но такие толкования Корана не являются каноническими и отвергаются большинством арабских богословов и теологов.

В одном из хадисов Пророк говорит: «Убивший себя железом будет до скончания века таскать на себе в аду орудие преступления. Отравившийся будет вечно пить свою отраву. Спрыгнувший с высоты будет вновь и вновь падать в самую бездну преисподней». Составитель одного из шести проверенных сборников суннитских хадисов Абу-Дауд (X век) повествует о том, как Пророк Мухаммед отказал в погребальных почестях самоубийце. Приписывают Пророку и такие слова: «В старые времена был некий человек, мучимый болезнью, которая истощала его терпение, и взял он нож, и перерезал себе запястье, и истек кровью до смерти. И сказал на это Господь: «Раб мой ускорил свой конец, нет ему пути в Рай».

Таким образом, в авраамических религиях (иудаизме, христианстве и исламе) самоубийство в большинстве случаев не преподносится как благое деяние и считается греховным. Существует, однако, ряд исключений и частных случаев.

Немногочисленные деструктивные секты (так называемые религиозные объединения, такие как «Белое братство» или «Народный храм»), призывающие к массовому самоубийству или совершившие таковое, как правило, в большинстве стран преследуются в судебном порядке и квалифицируются контролирующими органами как деструктивные и представляющие опасность для общества и государства, на основании чего принимается решение о запрещении деятельности такого религиозного объединения.

1.5. Культура и самоубийство

Mortui vivos docent – Мёртвые живых учат (*лат.*)
Memento more – Помни о смерти (*лат.*)

Многие исследователи объединяют социальные и культуральные аспекты суицида. Однако для более глубокого понимания

феноменологии суицида представляется важным разделением социально-экономических факторов и особенностей культуры.

Выявлена зависимость, что чем культурнее и цивилизованнее народ – тем больше самоубийств происходит в его среде. По данным историков и этнографов, в глубокой древности самоубийств почти не было. Отрицательное отношение к самоубийству мы находим и у многих нехристианских народов. Так, самоубийство запрещается религиозными воззрениями евреев, персов и мусульман. Число самоубийств становится тем большим, чем ближе подвигаемся к нашему времени. Самоубийства чаще бывают в городах, чем в селах и деревнях. И чем крупнее город, тем больше и самоубийств. Следует отметить, что города, особенно же большие города и столицы, являются центрами культуры, где сосредоточивается вся политическая, деловая и культурная жизнь страны.

Приведенные выше факты выявляют связь между развитием культуры и ростом самоубийств, между современным строением общества и древними его формами.

Характерной чертой первобытного общества является отсутствие разделения на классы, сословия, касты и профессиональные группы, что характерно для каждого более или менее культурного общества. Первобытное общество – общество небольшое, в котором каждый член более или менее похож на другого. Поведение каждого человека в значительной степени похоже на поведение всех остальных членов группы. Религиозные верования, правовые нормы и нравственные переживания всех членов группы сходны между собой. Каждая личность здесь является неразрывным элементом группы, она связана с ней, и ее интересы неотделимы от интересов группы. Она только как бы часть группы, которая растворяется в обществе. Индивидуальности, в строгом смысле слова, здесь еще нет. На первом плане стоит вся группа, состоящая из одинаковых членов, крепко связанных друг с другом. Личность здесь не одинока, поэтому, если на долю человека выпадают различные неприятности, он их легко переносит, потому что живет для группы, в составе большой родовой семьи. Мало того, в случае необходимости личность легко приносит себя в жертву интересам группы, ибо та жертва, в глазах остальных членов, приобретает смысл и окружается ореолом.

Организация современного общества совершенно иная. Здесь личность одинока; особенно велико ее одиночество в крупных городах. Общность верований, обычаев, нравов, интересов исчезла. Каждый

член общества имеет свои интересы, далеко не совпадающие с интересами других. Религиозные и родовые связи, некогда скреплявшие людей, стали слабыми или совсем исчезли. Религиозные представления о небесном вознаграждении исчезли, а тем самым исчез один из факторов, помогающих бодро переносить страдания и бедствия. Разделение общества на группы вызвало и разделение интересов – интересы личности далеко не всегда совпадают с интересами общества, а раз это так, исчез один из мотивов, помогающих переносить трудности жизни. К чему страдать – если эти страдания не служат интересам общества и когда они невыносимы для самой личности? Нет никакого смысла жить ради страдания. Большинство нитей, связывавших одно «я» с другими, ослабло, боги исчезли, и люди осиротели. Человек остался один и каждый умирает в одиночку. «Люди на земле одни – вот беда!» – писал Ф. М. Достоевский. «Есть ли в поле жив человек?» – кричит русский богатырь. Люди живут в «каменных мешках» и зачастую не знают, что делается в соседней квартире. Людей так много, что в бурном течении жизни нет возможности и желания интересоваться судьбой каждого. Благодаря этому индивидуальность и жизнь человека обесценивается в глазах других: разве есть возможность заинтересоваться всеми? Все это создает неустойчивость, зыбкость, непрочность и в своей совокупности представляет ту почву, на которой растут показатели самоубийств. Достаточно иногда малейшей неприятности, малейшего пустяка, чтобы возникли суицидальные мысли. К чему жить, когда жизнь бессмысленна? К чему страдать, когда страдания никому не нужны? К чему переносить тягости жизни, когда на том свете не будет никакого воздаяния?

Одиночество, оторванность личности от общества, быстрый темп жизни, разобщённость общества и утрата религиозных идеалов, распад института семьи – таковы признаки, присущие культурному обществу. Эти факторы – благоприятная почва для развития самоубийств.

Другим прямым подтверждением указанного положения служит то обстоятельство, что периоды революций и общественных подъемов дают меньше всего самоубийств. Что же представляют из себя эти периоды с точки зрения сплоченности общества? Мы знаем, что в эти эпохи одна личность не оторвана от другой, одиночество личности в такие периоды исчезает. Появляются партии, общественные течения, появляются общие цели, и личность входит в тесные отношения с другими личностями, она принимает участие в партийной работе, в массовом движении и в общественной борьбе. Коллективные чувства

оживают, возрождается вера, возникают общие интересы и цели; маленькие личные интересы и неудачи исчезают в водовороте общего дела, и благодаря этому человек уже не чувствует себя одиноким. Его собственная жизнь приобретает общественную ценность и общественный смысл.

Таким образом, суицид в единичных случаях может отмечаться в тех общественно-экономических формациях, где человек максимально интегрирован в общество, полностью контролирующее его жизнь (родовой строй), однако количество суицидов резко возрастает в случае отчужденности человека, даже при его формальной социализации (развитое капиталистическое общество, пропагандирующее индивидуализм). Так, одна из ведущих причин роста самоубийств – это одиночество человека, его оторванность от социума, что вызвано особенностями социально-экономической организации современного общества и современной поп-культуры.

1.6. Ритуальные самоубийства

– Тогда давай заключим договор, – предложил Ёроол-Гуй. – Что бы ты хотел получить в обмен на то, что позволишь себя сожрать?

– Ты полагаешь, такая вещь есть? – воскликнул удивленный Ван.

– Конечно, – подтвердил Многорукий. – Надо только вспомнить, что ты хочешь сильнее, чем прожить до конца свою бесконечно короткую жизнь.

Витман С. В. Многорукий бог далайна

Индивидуальное и ритуальное самоубийства

Индивидуальным следует считать такое самоубийство, когда человек осознает свое дальнейшее существование не совместимым с определенными жизненными обстоятельствами, которые кардинально противоречат его принципам, идеалам и убеждениям.

Ритуальное же самоубийство происходит как раз по обратной причине – когда общество считает, что при определенных ситуациях и обстоятельствах человек не имеет права на дальнейшее существование и должен покончить с собой тем или иным способом, и отношение самого человека к поступку, который он должен совершить, не имеет никакого значения.

Между индивидуальным и ритуальным самоубийствами существуют принципиальные различия, они отражены в табл. 4:

Таблица 4

Различия между индивидуальным и ритуальным самоубийствами

Характеристика самоубийства	Индивидуальное самоубийство	Ритуальное самоубийство
Самоубийство есть следствие желания сохранить главным образом:	Внутреннюю гармонию (гармонию с самим собой)	Внешнюю гармонию (гармонию с обществом)
Свобода принятия решения об уходе от жизни	Есть	Нет
Свобода выбора способа, средства, места и времени самоубийства	Есть	Нет
Самовыражение личности в акте самоубийства	Максимальное	Минимальное

Одной из главных причин индивидуального самоубийства является та или иная степень внутриличностного конфликта, неблагополучия личности. В ряде случаев такое самоубийство можно считать в определенном смысле гармоничным завершением жизни, так как факт самоубийства является попыткой восстановить утраченную гармонию личности.

Обязательным критерием индивидуального самоубийства является возможность выбора, проявляющаяся в том, какие причины индивид считает достаточно вескими и не совместимыми с дальнейшим существованием. При этом существует выбор того, каким способом человек совершает самоубийство, какими средствами, в каком месте и в какое время. Индивидуальный самоубийца до последней минуты имеет выбор: совершать или не совершать самоубийство. В силу наличия этой альтернативы большее, если не подавляющее число потенциальных индивидуальных самоубийц так и не осуществляют свое намерение, предпочтя жизнь смерти. Напротив, ритуальный самоубийца лишен момента выбора не только с момента, когда произошло роковое событие (например, смерть мужа для индийской женщины или поражение на войне для самурая) – ритуальный самоубийца лишен возможности выбора самим фактом своего рождения в определенной социальной группе.

Таким образом, ритуальное самоубийство требует почти полного отсутствия свободы воли и подчинения принятым в обществе жестким формам и стереотипам поведения, находящим свое полное и логическое завершение в тотальной ритуализации жизни и смерти. Ритуальное самоубийство может существовать только в таком обществе, в котором очень низка ценность человеческой индивидуальности.

Япония

В связи с высокой плотностью населения, недостатком продуктов питания и суровыми климатическими условиями самоубийство среди крестьян Японии было практически нормой поведения. Так, известно, что еще в раннем средневековье старые, немощные японцы требовали, чтобы их погребли заживо или унесли умирать в горы (название японской горы «Обасутэяма» буквально переводится как «гора, где оставляют бабушек»).

Сэппуку (харакири). Ритуал самоубийства получил в свое время широкое распространение среди представителей японского воинского сословия – самураев и других высших слоев общества в период становления и развития феодализма в Японии. Самураи к закону чести (гири) и пяти традиционным установкам конфуцианской морали (верности, вежливости, мужеству, правдивости, простоте) относили отрицание жизни и стремление к смерти. Это выражалось в убежденности, что личное достоинство и слава воина превыше всего, а гибель в бою или самоубийство есть почетная обязанность самурая. Это положение является вводной фразой из книги о духовной и воинской подготовке самурая – «Сокрытое в листе» (Хагакурэ): «Путь самурая – это смерть». Каждый из самураев умирал в тот момент, когда впервые брал в руки меч, факт физической гибели был простой формальностью. О своей жизни самурая полагалось забыть и полностью посвятить себя служению господину.

В древности сэппуку не было распространено в Японии; чаще встречались другие способы самоубийства – самосожжение и повешение. Первое сэппуку было совершено даймё из рода Минамото в войне между Минамото и Тайра, в 1156 году, при Хеген. Минамото Но-Таметомо, побеждённый в этой короткой, но жестокой войне, разрезал себе живот, чтобы избежать позорного плена. Сэппуку быстро прививается среди военного сословия и становится почётным для самурая способом свести счёты с жизнью.

Когда самурай намеривался сам уйти из жизни, он мог сделать это одним единственным достойным способом: совершить сэппуку – «вспарывание живота» (более известное в России слово «харакири» для японцев имеет ироничный смысл). Первые сведения о совершенных сэппуку относятся к эпохе Хэйан (IX–XII века), когда сэппуку становится обычаем буси: они кончали жизнь самоубийством, погибая от собственного меча. Тем не менее этот ритуал тогда еще не был массовым явлением. Самоубийства путем вспарывания живота получили

широкое распространение у самураев лишь в конце XII века, во время борьбы за власть двух могущественных родов – Тайра и Минамото. С этого времени число совершённых сэппуку постоянно растёт.

Существует точка зрения, согласно которой сэппуку усиленно насаждалось религиозными догматами буддизма, его концепцией бренности бытия и непостоянством всего земного. В философии дзэн-буддизма центром жизнедеятельности человека и местоположением его души считалось не сердце или голова, а живот, занимающий как бы срединное положение по отношению ко всему телу и способствующий более уравновешенному и гармоничному развитию человека.

Японский иероглиф «харакири» можно перевести выражением «резать живот», однако часть этого иероглифа имеет второе значение: «душа», «намерения», «сокровенные мысли». Этот способ лишения жизни основывался на древнем японском представлении о том, что душа, характер, намеренья и сокровенные мысли человека пребывают в его животе. Совершая сэппуку, самурай словно говорил: «Я не виновен, но я хочу показать вам свою душу, чтобы вы сами могли убедиться в чистоте моих помыслов». Это было высшим, самым убедительным оправданием перед небом и людьми. Для подобного поступка требовалось мужество, и это придавало ритуалу большую привлекательность для самураев.

В связи с этим возникла масса выражений, описывающих разные душевные состояния человека с использованием слова «живот» (яп. хара [фуку]); например, «ходить с поднявшимся животом» (харадацу) – «сердиться», «грязный живот» (хара китанай) – «низкие стремления», «человек с чёрным животом» (хара-но курой хито) – «человек с чёрной душой», «человек без живота» (хара-но най хито) – «бездуховный человек». Считается, что вскрытие живота путём сэппуку осуществляется в целях показать чистоту и незапятнанность своих помыслов и устремлений, открытие своих сокровенных и истинных намерений, как доказательство своей внутренней правоты; другими словами, сэппуку является последним, крайним оправданием себя перед небом и людьми.

Самураи делали сэппуку в случае наличия двух противоречащих друг другу требований долга или оскорбления чести. Самурай, отступивший от заповедей кодекса «Путь самурая» (Bushido), но не совершивший низменного по своему характеру поступка, был избавлен от постыдной церемонии казни. Сюзерен присылал ему приказание совершить сэппуку (смерть на глазах у высокопоставленных свидете-

лей полностью смывает вину и сохраняет честь незапятнанной, а семья осужденного в таком случае не подвергается преследованиям).

Между обезглавливанием по сэппуку и обычновенным обезглавливанием установилась юридическая разница, и для привилегированных лиц, начиная с самураев, смертная казнь заменялась в виде снисхождения смертью через сэппуку, то есть смертной же казнью, но только в виде ритуального обезглавливания. Такая смертная казнь полагалась за проступки, не позорящие самурайской этики, поэтому она не считалась позорной, и в этом было её отличие от обыкновенной смертной казни. Такова была её идеология, но в какой мере она осуществлялась на практике, сказать трудно. Фактом остаётся только то, что сэппуку в виде казни применялось только к привилегированному сословию самураев и феодальной знати, но никоим образом не к классам населения, считавшимся ниже самураев.

Это официальное применение сэппуку относится к более позднему времени, а именно к токугавскому периоду сёгуната, но независимо от него этот способ самоубийства в частном его применении получил очень широкое распространение, и поводами для сэппуку стали служить самые ничтожные причины.

Для самурая считалось хорошим тоном совершить сэппуку в случае неожиданной и незаслуженной смерти своего господина. Обычай «смерть вслед за господином» (дзюн-си) обусловлен требованием долга, который велит беспрекословно следовать за своим господином повсюду; кроме того, согласно представлений синтоизма, такой поступок обеспечивает сохранение прежних отношений между господином и слугой в будущих перерождениях.

Сэппуку также совершалось после проигранной битвы, чтобы избежать унижительного пленения и смыть позор поражения; иногда военачальники и великие воины предварительно обезображивали себе лицо, чтобы враг не мог использовать их головы для хвастовства и поднятия боевого духа. Если никакого иного исхода боя, кроме позорного бегства или сдачи в плен, не оставалось, самурай выбирал смерть в бою или совершал сэппуку, зная, что смерть не будет напрасной: семья самурая за проявленную им храбрость получит подобающие почести и награды, а сам он войдет в память потомков как герой. Акт сэппуку демонстрировал противнику храбрость, а соратникам – пример для подражания. Промедление в его исполнении было равнозначно потере лица, что неизбежно влекло за собой презрительное отношение как к самому воину, так и к его семье. Некоторые воины,

дабы лишить врага удовольствия опознать и предъявить в качестве трофея «знатную голову», перед самоубийством обезображивали свое лицо до неузнаваемости. Многие находили в себе силы и мужество написать собственной кровью прощальные стихи. Одним из наиболее известных примеров совершения харакири воином при поражении является сэппуку Масасигэ Кусуноки. Проиграв сражение, Масасигэ и шестьдесят его преданных друзей совершили сэппуку. В японской истории этот случай считается одним из самых благородных примеров преданности долгу.

Часто сэппуку совершалось по решению суда, который мог вынести подобный приговор, а также при невозможности доказать что-то или при невозможности обелить репутацию и честь воина. Сэппуку было универсальным и достойным выходом из любого сложного положения.

Процедура самоубийства носила характер регламентированной и торжественной церемонии. В качестве оружия использовался кусунгобу – специальный нож с лезвием предписанной длины: 9 сун 5 бу (28,7 см). Кусунгобу считался семейной ценностью и хранился на подставке для меча в токонома (ниша в стене традиционного японского аристократического дома). В случае отсутствия кусунгобу используется малый самурайский меч – вакидзаси или большой меч – катана (в этом случае меч брался не за рукоять, а за лезвие, участок которого длиной 15–20 сантиметров оборачивается шёлком или рисовой бумагой, чтобы не порезать руки).

Готовый к смерти самурай должен встать на рассвете, чисто вымыться, ничего не есть и не пить, одеться в парадное белое (белый в Японии – цвет смерти) кимоно, написать прощальное трехстишие (иногда оно пишется на месте совершения ритуала, но с одним отличием: на месте самоубийства пишется пятистишие), а затем отправиться на заранее выбранное место совершения ритуала. Это место ни в коем случае не должно быть там, где живут, едят или спят, идеальный вариант – двор буддийского храма или сад. В выбранном месте на землю кладутся соломенные циновки, на них сначала белая, затем алая материи, чтобы растекающаяся кровь была не слишком заметна и не отвлекала наблюдателей от созерцания таинства смерти. Сверху над циновками устраивается навес из белой ткани.

Приговоренный к смерти, облаченный в белое одеяние, появлялся перед сидящими в ряд свидетелями и официальными лицами. Посторонние люди и родственники на церемонию не допускались (они остались в жизни, а с жизнью покончено).

Приговорённого к смерти сопровождал ассистент (кайсякунин, кайсяку). В качестве ассистента выступал родственник или близкий друг, чья миссия состояла в облегчении участи самоубийцы. Приглашать кайсякунина при совершении сэппуку могли только самураи, выполнявшие обряд ритуального самоубийства для избегания позора. Если сэппуку совершалось для искупления проступка, то приглашать ассистента было не принято – самурай должен самостоятельно искупить свою вину.

Считалось, что исполнение обязанностей кайсякунина приносит несчастье. В книге «Сокрытое в листе» (Хагакурэ) об этом говорится так: «С древности для самурая считалось несчастьем быть приглашенным на роль помощника при самоубийстве. Ибо если он выполнит своё предназначение, это не добавит ему славы, если же по какой-то случайности ошибётся, это будет считаться самой главной ошибкой его жизни».

Кайсякунин с обнаженным мечом становился за спиной у приговорённого к смерти. Самурай, совершивший проступок, публично признавал свою вину, снимал обувь (в таинство смерти надо входить, как в храм – разувшись), садился наземь, скрестив ноги, обнажал живот, слагал предсмертное пятистишие, несколько минут сидел неподвижно, затем с безразличным видом брался за оружие, и начиналась собственно процедура самоубийства.

Обряд существовал в нескольких вариантах, и в Японии существовали руководства, иллюстрированные схемами допустимых разрезов живота. Несмотря на наличие деталей, существует главное требование – нужно разрезать живот так, чтобы окружающие могли увидеть органы брюшной полости.

Вариант 1. Делался один длинный прямой разрез. Лезвие при этом должно двигаться с левого подреберья вниз и вправо. Порез должен быть достаточно глубоким, чтобы смерть все-таки наступила, но не настолько глубоким, чтобы задеть позвоночник, что могло явиться препятствием для дальнейшего проведения ритуала. В то же время, по правилам сэппуку, необходимо было следить за лезвием, которое могло пройти слишком поверхностно, разрезав только мышцы живота, что могло быть уже не смертельным.

Вариант 2. Вскрытие брюшной полости двумя разрезами (+-образным крестом). Живот разрезался дважды, сначала горизонтально от левого бока к правому, затем вертикально от диафрагмы до пупка.

Вариант 3. Вскрытие брюшной полости двумя разрезами (х-образным крестом). Первым движением был разрез от левого подреберья направо – вниз. Оно проводилось самураем в сознательном состоянии, тщательно и с вниманием, когда буси имел еще много сил для этой операции. Второй разрез делался уже при большой потере крови, при уходящем от сильной боли сознании. Он направлялся с нижней левой части живота вверх – направо, что было проще для правой руки.

В ритуале сэппуку есть важное требование: не упасть на спину. Такое падение позорно и недостойно воина. Поэтому харакири совершается сидя на пятках, торс обнажается, а края кимоно подтыкаются у колен между бедрами и икрами. Такое положение обеспечивает падение тела грудью вперед. После совершения ритуала самурай стоически терпел мучения, показывая силу своего духа (хара), а когда начинал чувствовать слабость от потери крови, то слегка наклонялся вперед и вытягивал шею. В этот момент ассистент отсекал совершившему сэппуку самураю голову. Высшим мастерством считался удар, при котором голова повисала на лоскуте коже шеи. Слишком сильный удар мог отбросить отрубленную голову в сторону и она покатится по полу, что было бы крайним непочтением к умершему. Слишком слабый удар не отсекал голову, нанося рану усиливающую мучения, вместо того что бы прекратить их.

Если ассистент успешно выполнял свой долг, то взмах его меча обрывал жизнь самурая. На мгновение все присутствующие замирали. Затем они поднимались и торжественно покидали помещение. Свершилось то, чего хотел покойный: его проступок прощён и честь восстановлена.

Кроме описанной выше традиционной церемонии сэппуку в некоторых самурайских школах применялись также и другие виды. Самым распространенным было вспарывание живота посредством косого разреза слева направо–вверх, или двумя прорезами, образующими прямой угол. В более позднее время операция харакири была упрощена: достаточно было сделать лишь небольшой разрез или просто ввести малый самурайский меч в живот, используя при этом вес собственного тела. Очевидно, под влиянием этого упрощенного способа вскрытия живота развился затем способ самоубийства посредством выстрела в живот (тэппобара).

Вид вскрытия живота зависел в основном от самого самурая, степени его самообладания, терпеливости и выносливости. Определенную роль здесь играла также договоренность с ассистентом самоубийцы (кайсякунином).

В редких случаях сэппуку производилось не стальным, а бамбуковым мечом, которым было намного труднее совершить обряд. Это делалось для того, чтобы показать особую выдержку и мужество воина, для возвеличивания имени самурая, вследствие спора между буси или же по приказанию сюзерена.

В случае, когда сэппуку должны были совершить лица, которым не доверяли, или которые были слишком опасны, или не хотели совершать самоубийство, ритуальный кинжал (кусунгобу) заменялся на веер, и таким образом сэппуку сводилась к обезглавливанию.

Сэппуку совершалось, как правило, в положении сидя (имеется в виду японский способ сидения, когда человек касается коленями пола, а туловище покоится на пятках), иногда харакири делалось воинами стоя. Этот способ получил у японцев название – «сэппуку стоя», «сэппуку в естественном положении» (татибара).

Сэппуку (как и владению холодным оружием) самураи начинали обучаться уже с детства. Опытные наставники в специальных школах объясняли юношам, как надо начать и довести до конца сэппуку, сохранив при этом собственное достоинство и проявив умение владеть собой вплоть до последнего момента жизни. Это обучение, огромная популярность, распространение и прославление сэппуку в феодальном обществе Японии давали свои результаты: дети самураев часто прибегали к совершению обряда вскрытия живота. А. Бельсор описал случай харакири семилетнего сына самурая, совершившего самоубийство перед наемными убийцами, посланными к его отцу, но убившими по ошибке другого человека. При опознании трупа молодой самурай, желая использовать эту ошибку для спасения жизни родителя, как бы в отчаянии выхватил меч и безмолвно распорол себе живот. Преступники, поверившие в этот своеобразный обман, удалились, считая свое дело сделанным.

Свод церемоний и правил для совершения сэппуку, вырабатывавшийся на протяжении длительного времени, в общих чертах был оформлен при сегунате Асикага (1333–1573 годы), когда обычай сэппуку стал приобретать силу закона. Однако сложный ритуал, сопровождавший сэппуку, окончательно сформировался лишь в эпоху Эдо, когда сэппуку стало применяться официально, как наказание по приговору суда для совершивших преступление буси.

История сэппуку имеет немало примеров, когда после вскрытия живота герои находили в себе силы, чтобы писать духовное завещание своей собственной кровью. Однако, несмотря на соответствующее

воспитание и умение владеть собой, самурай мог потерять контроль над своими действиями вследствие сильной боли и «умереть некрасиво».

Японцы вообще изначально ориентированы не столько на этический, сколько на эстетический критерий при оценке человеческих поступков. Мир делится для них не на добро и зло, а на чистое и нечистое, красивое и безобразное. В человеке более всего ценили тонкий вкус и чувство красоты. В Японии красота и чувство красоты культивировалось веками. Тагор говорил про японцев, что «они видят Истину в Красоте, а Красоту в Истине».

Согласно так называемому этикету и эстетике смерти (сипо сахо), принятому в самурайском сословии, буси должен был умирать красивой, достойной смертью (сини-бана), приняв ее легко и спокойно. В противоположность этому в поведении умирающего (синиката или синидзама) различалась и постыдная, не достойная война смерть (синихадзи), при которой нарушалась эстетика смерти, что считалось недопустимым для самурая. Здесь важно было не запятнать некрасивой смертью родословную и честь дома.

После выполнения церемонии сэппуку, согласно буддистскому обряду, мертвое тело самурая сжигалось, а память о нем и о его подвигах начинала свою жизнь в сердцах его близких, обрастая множеством героических легенд.

После реставрации (1868), с началом организации государственного строя по европейскому образцу и начавшимся под давлением новых идей изменением всего уклада жизни, официальное применение сэппуку в конце концов было отменено.

Дзигаи. Женщины из самурайских родов иногда совершали самоубийство, которое считалось равноценным сэппуку, но состояло в прокалывании сонной артерии или ударе ножом в сердце. Этот ритуал носил название «дзигаи» (jigai), что означает «уничтожение самой себя», и исполнялся специальным кинжалом – квайкэном, являющимся малой разновидностью самурайского кинжала (танто).

Согласно нормам традиционной японской брачной церемонии, квайкэн входил в число свадебных подарков женщине. Это обычай сохранился до настоящего времени: в торжественной обстановке невеста принимает кайкэн, чтобы ей сопутствовала удача.

Квайкэн носился спрятанным в оби (пояс, одевавшийся поверх кимоно), а иногда – в висящем на оби шелковом мешочке с затягивающимся шнурком, позволявшим быстро достать кинжал. Кайкэны использовались не только для церемонии дзигаи, но главным образом

для самообороны в узких коридорах и маленьких комнатах замка, где длинные вакидзаси и еще более длинные катаны были менее удобны и эффективны, чем короткие кинжалы.

Важнейшими побуждениями к совершению самоубийства жёнами самураев были нарушение данного мужем слова, оскорбление чести, смерть мужа, угроза плена. Широко известен исторический факт, свидетельствующий о верности долгу женщин из самурайских родов: при осаде дворца Момояма (замка Фусими) вся семья владельца замка Тории Мототада совершила самоубийство во избежание плена, когда его главная крепость близ Киото пала после ожесточенной битвы. Это коллективное самоубийство позднее стало символом самурайской чести и преданности. В память о тех событиях, залитые кровью доски пола из комнаты, в которой умерли женщины и дети, были вмонтированы в потолок расположенного по близости синтоистского храма.

В соответствии с нормами кодекса Bushido, для жены самурая считалось позором не суметь покончить с собой при необходимости, поэтому женщин также учили правильному совершению самоубийства: они должны были уметь перерезать артерии шеи, знать, как следует связывать себе колени перед смертью, чтобы тело было найдено в целомудренной позе.

Как уже указывалось, дзигаи, совершалось с помощью квайкэна, который муж дарил жене на свадьбе или вакидзаси (коротким мечом), вручаемым каждой дочери самурая во время обряда совершеннолетия. Были известны случаи применения для этой цели и катаны (большого меча). Обычай предписывал хоронить совершивших сэппуку с оружием, которым оно было исполнено. Возможно, именно этим можно объяснить наличие в древних женских погребениях кинжалов и мечей.

Синдзю. Кроме сэппуку, в Японии был распространен ритуал парного самоубийства влюбленных (синдзю), который практиковался в тех случаях, когда по социальным причинам был невозможен брак. В основе этого ритуала лежат буддийские и синтоистские представления, что взаимосвязанная гибель обеспечивает прежние отношения между мужчиной и женщиной в последующих перерождениях.

Тэйсинтай. Общее название добровольцев-смертников (буквально «добровольческие отряды») в японских вооружённых силах в период Второй мировой войны (1939–1945 гг.). Формирование отрядов тэйсинтай основывалось на средневековом самурайском морально-религиозном кодексе Bushido, требующем беспрекословного повиновения и презрения к смерти. Тэйсинтай умирали ради своей страны и Императора.

Погибшие смертники причислялись к лику святых покровителей Японии, становились национальными героями, их родные сразу становились очень уважаемыми людьми. Общим правилом тэйсинтай являлось самопожертвование с целью уничтожения превосходящих сил противника.

Имелись разные виды тэйсинтай:

- Камикадзе (лётчики-смертники) (см. ниже) – в морской и общевойсковой авиации, причём первые предназначались для уничтожения кораблей, а вторые – тяжёлых бомбардировщиков, танков, железнодорожных узлов, мостов и других стратегических объектов;
- Парашютисты тэйсинтай – для уничтожения самолётов, боеприпасов и горючего на аэродромах противника с помощью бомб и огнёмётов;
- Наземные тэйсинтай – для уничтожения артиллерии, бронетехники, а также офицеров противника (особенно широкая подготовка таких тэйсинтай велась в Квантунской армии, где в 1945 г. имелась отдельная бригада смертников, и в каждой дивизии формировались батальоны смертников);
- Надводные тэйсинтай (сингё) – действовавшие на быстроходных катерах начиненных взрывчаткой для подрыва транспортов противника (применялись на Филиппинах);
- Подводные тэйсинтай – на маленьких подводных лодках (кайрю и корю) и в торпедах (кайтэн) для уничтожения боевых кораблей врага (применялись в основном на Гавайских островах); пешие водолазы-подрывники (фугорю, «драконы счастья»).

Одной из традиций тэйсинтай было одевание перед выполнением задания белой головной повязки – Хатимаки, символизирующей непреклонность намерений. В частности, их повязывали камикадзе, кайтэн и другие тэйсинтай перед атакой. По преданию, впервые их надели в 1702 году легендарные сорок семь ронинов перед нападением на дом чиновника Кире Кодзуке-но-Сукэ с целью отомстить за смерть своего господина – даймё Асано Такуми-но-Ками Наганори. Очевидно, белые повязки были надеты ими с целью отличать друг друга в ночной атаке.

Камикадзе. Особая форма ритуальных самоубийств появилась в конце Второй мировой войны. Речь идет о смертниках – камикадзе. Термин (яп. ками – «бог», кадзэ – «ветер») – «божественный ветер», происходит от названия тайфуна, который дважды (в 1274 и 1281 годах), уничтожил корабли монгольской армады хана Хубилая на подступах к берегам Японии. Во второй половине XX века слово «камикадзе»

стало использоваться для обозначения японских пилотов-смертников, появившихся на заключительном этапе войны на Тихом океане. «Камикадзе» – часть более широкого японского термина тэйсинтай, которым обозначали всех добровольцев-смертников (не только лётчиков). Японцы называли подобные действия токубэцу ко:гэки тай – «специальный ударный отряд» или аббревиатурой токко:тай. Подразделения лётчиков-самоубийц назывались симпу токубэцу ко:гэки тай – «специальные ударные отряды «божественный ветер»». В английском языке термин «камикадзе» закрепился с подачи японцев-эмигрантов, служивших в армии США. Вскоре войска союзников начали использовать слово «камикадзе» для всех видов самоубийственных атак, применяемых японцами. Позже термин распространился на весь мир, включая немецких зельбстопфер (нем. Selbstopfermänner, люди, готовые к самопожертвованию) и послевоенный суицидальный терроризм, такой, как атака на США 11 сентября 2001 года.

Первые отряды лётчиков-камикадзе были сформированы 20 октября 1944 года на основе подразделений морской авиации, в которых все до одного пилоты были готовы пожертвовать жизнью ради своей страны. Первая атака камикадзе была проведена 21 октября 1944 года против флагмана австралийского флота, тяжёлого крейсера «Австралия». Вооружённый 200-килограммовой бомбой самолёт, пилот, имя которого так и осталось неизвестно, ударился в надстройки «Австралии» разбросав обломки и топливо по большой площади, однако крейсеру повезло – бомба не взорвалась. Погибло, не менее 30 человек команды, включая командира корабля. 25 октября «Австралия» получила ещё одно попадание, после чего корабль пришлось отправить на ремонт (крейсер вернулся в строй в январе 1945 года, а всего к концу войны «Австралия» пережила 6 попаданий самолётов камикадзе).

Японская авиация никогда не имела проблем с нехваткой лётчиков-камикадзе, наоборот, добровольцев было примерно в три раза больше, чем самолётов. Основная масса камикадзе были двадцатилетними студентами университетов, причины вступления в отряды смертников варьировались от патриотизма до желания прославить свой род – большая часть летчиков происходила из самурайских семей. Молодые японцы не колебались в своем намерении, они были твердо убеждены, что «плен – позор, долг требует умереть за Императора, за Японию». И всё же глубинные, психологические причины этого феномена, заложены в самой культуре Японии, в традициях кодекса Bushido и средневековых самураев. Большую роль в этом явлении играет также особое

отношение японцев к смерти. Умереть с честью за свою страну и за Императора было высшей целью для многих молодых японцев военного времени. Камикадзе превозносили как героев, о них молились в храмах как о святых, их родные сразу же становились самыми уважаемыми людьми в своём городе.

Камикадзе готовились к своему последнему вылету в течение года. В этот период они были окружены почётом и поклонением, пользовались многочисленными привилегиями.

Перед отправкой на задание проводились специальные церемонии: Пилоты писали письма домой, своим родным они сообщали, что больше всего они хотят быть достойными великих предков, а потому будут счастливы умереть за свою страну. Перед вылетом на лоб одевалась особая, закрывающая лоб, белая повязка – хатимаки с начертанным на ней лаконичным, но исчерпывающим девизом «Только победа!», выдавалась прощальная чашка сакэ, затем проводился формальный обряд погребения, что исключало пилота из числа живых людей. Символом камикадзе был цветок хризантемы. По преданию, молодые лётчики камикадзе, вылетая на задание, пролетали над горой Каймон на юго-западе Японии. Пилоты бросали последний взгляд на свою родину, и, салютуя, прощались с ней.

Обнаружив цель (чаще военный корабль, реже наземные объекты) летчик сначала сбрасывал все бомбы и торпеды, а потом направлял свой самолет на цель.

Для предотвращения попытки пилота уклониться от выполнения своего долга, колпак кабины закрывался снаружи, иногда пилотам выдавался нож камикадзе-аигути которым они могли (перед поражением цели) перерезать сонную артерию. Однако, как показывала практика, психологическая подготовка летчиков была качественной, и эти предосторожности были излишними. Сохранились кадры американской военной кинохроники, где зафиксировано, что оставшийся в живых и плававший в воде летчик-камикадзе, чей самолет был сбит при подлете к крейсеру, предпочитая смерть плену, подорвал себя гранатой, которая находилась в кармане летного комбинезона.

Ближе к концу войны, в связи с уменьшением у японцев количества самолётов, был разработан специальный тип летательного аппарата для действий камикадзе. Накадзима Ки-115 «Цуруги» представлял собой простой в постройке самолёт, в котором могли быть использованы устаревшие двигатели 1920-х и 1930-х годов. Шасси не убиралось, а сбрасывались сразу после взлёта, что позволяло использовать их пов-

торно. Было произведено около 100 этих самолётов, каждый из которых мог нести 800-килограммовую бомбу, но ни один из них так и не успели использовать.

Следует отметить, что ввиду недостаточной летной подготовки и объективных трудностей в управлении самолетом (перегруженная машина недостаточно маневренна, полет над водой скрадывает расстояние), камикадзе почти никогда не наносили морским судам серьезных повреждений, так как не могли попасть в цель, и падали в океан.

Ввиду низкой эффективности подготовка летчиков-смертников была прекращена незадолго до подписания акта о безоговорочной капитуляции Японии (2 сентября 1945 г.).

Представляет интерес тот факт, что подготовленные летчики-смертники, несмотря на бессмысленность дальнейшего сопротивления и неминуемость поражения Японии были отправлены в боевой вылет. Японское командование считало, что геройская смерть летчиков будет способствовать возрождению национального духа после поражения в войне.

К концу Второй Мировой войны японской морской авиацией было подготовлено 2525 лётчиков-камикадзе, ещё 1387 предоставила армия. В соответствии с японскими заявлениями, в результате атак камикадзе был потоплен 81 корабль, 195 повреждены. По американским данным потери составили всего 34 потопленных и 288 повреждённых кораблей. Кроме того, большое значение имел и психологический эффект, произведённый на американских моряков. Особо уязвимыми перед камикадзе оказывались американские ударные авианосцы, которые, в отличие от британских аналогов, не имели бронирования полётной палубы, а также эскортные авианосцы класса «Касабланка».

Несмотря на то, что подготовка камикадзе включала формирование установки погибнуть при выполнении задания, документально зафиксированы случаи возвращения летчиков-смертников на базу или подобранных в море. В большинстве случаев это происходило по причине неисправности двигателей или бортового оборудования самолетов. В случае срыва атаки (например, по причине затруднения обнаружения цели) камикадзе прямо предписывалось возвращаться на аэродром.

В современной Японии, в синтоистских храмах, есть памятники военным летчикам-камикадзе (например, пилоту Киёси Огава, который атаковал американский авианосец «Банкер Хилл»), отдавшим свои жизни за Японию, а память о них чтится японским народом.

Кайтэн (букв. «изменяющие судьбу») – название нескольких типов торпед, управляемых пилотами-смертниками (тэйсинтай). Применялись японским Императорским флотом для поражения противника в конце Второй мировой войны.

Первые проекты торпед-кайтэн предусматривали механизм катапультирования пилота. Однако, из-за того, что катапультирование в непосредственной близости от поражаемой цели во время взрыва практически не оставляло пилоту шансов выжить, и из-за того, что не было ни одного известного случая, когда пилот кайтэн пытался воспользоваться средством спасения, поздние модификации торпеды уже не имели механизмов катапультирования. Пилот просто помещался в рубку, люк в неё задраивался. Поиск цели пилотом осуществлялся с помощью перископа на небольшой глубине. После выхода на цель и прицеливания пилот переключал торпеду в режим атаки: перископ убирался, глубина увеличивалась и включался полный ход. В случае промаха пилот не мог покинуть торпеду и погибал от недостатка кислорода, впоследствии в конструкцию был добавлен механизм самоликвидации.

Торпеда «Кайтэн» показала себя малоэффективным оружием. Подготовка к пуску была длительной и довольно шумной. Поскольку кайтэны были рассчитаны на малую максимальную глубину погружения и крепились при этом снаружи (на палубе подводной лодки), допустимая глубина погружения самой лодки соответственно уменьшалась, а уязвимость от противолодочных средств – увеличивалась. Командиры японских подлодок понимали, что точность и надёжность при пусках на большую дальность – неудовлетворительны. Так I-58, потопившая крейсер «Индианаполис» (через три дня после того, как он доставил на Тиниан атомную бомбу «Малыш», позже сброшенную на Хиросиму), атаковала обычными торпедами, несмотря на наличие четырёх «Кайтэнов» и вопреки просьбам их пилотов-смертников.

Ритуальные самоубийства в современной Японии. Традиции самурайского сословия не полностью утрачены и в настоящее время – во многих японских семьях бережно сохраняется холодное оружие трёхсот–четырёхсотлетней давности. В современной Японии нередко случаи, когда вышедшие в отставку политики, проигравшие соревнования спортсмены или разорившиеся финансисты совершают сэппуку. В качестве примера можно привести самоубийство японского писателя Юкио Мисимы в 1970 году). Каждый такой случай суицида получает огласку и встречался скрытым одобрением общества, создавая

вокруг личности применившего сэппуку ореол славы и величия – «наследника подлинного самурайского духа».

Твердость духа и верность национальным традициям японцы продемонстрировали в марте-апреле 2011 года. После разрушительного землетрясения 11 марта, и последовавшего за ним цунами, на АЭС «Фукусима-1» отказала система охлаждения. На объекте был введен режим ЧС. В последствии на нескольких энергоблоках произошли взрывы, что привело к выбросу радиоактивных элементов в атмосферу. Власти эвакуировали людей из 20-километровой зоны вокруг АЭС. На атомной станции «Фукусима-1» осталось работать 50 японских специалистов, которые решили пожертвовать своей жизнью ради своей страны. В японских СМИ этих людей называли «пятьдесят самураев». Японские специалисты, которые ежедневно получали годовую норму радиации, писали письма своим близким и работали на ликвидации аварии до тех пор, пока не умерли от острой лучевой болезни.

По числу самоубийств Страна восходящего солнца занимает одно из ведущих мест в мире.

Индия

Сати. Наиболее известен обряд самоубийства индийской вдовы. Ритуальное самосожжение вдовы индусы называют словом «сати» – так звали жену бога Шивы. Её отец, царь Дакшараджапати, завидовал громкой славе зятя. Однажды он устроил большой праздник и пригласил на него богов и мудрецов из многих миров. Они приехали каждый в своей колеснице, в этом блестящем собрании отсутствовали только Шива и его супруга, не получившие приглашения. Но Шива поддался уговорам Сати и все-таки отправился к тестю, который жестоко оскорбил его. Сати не смогла перенести такого унижения, бросилась в костер и погибла. Безутешный Шива извлек ее тело из жертвенного огня, а бог Вишну, расчленив его на 108 частей, нечаянно уронил их на землю. 108 мест, куда они упали, стали центрами паломничества. В переводе с санскрита слово «сати» означает также «преданная или праведная жена».

Самосожжения были известны уже древним индоариям. В «Ригведе», сборнике индуистских гимнов, мы находим поучение женщине: ложиться в погребальный костер рядом с телом мужа. Мучительной смерти в огне она может избежать в том случае, если брат покойного согласится взять ее в жены. В начале сати считалось привилегией избранных: его совершали лишь вдовы правителей – раджей и военачальников.

В гигантском погребальном костре махараджи Виджаянагара одновременно нашли смерть три тысячи его жен и наложниц. С телом последнего раджи Танджора сгорели две его жены. Их обугленные кости были измельчены в порошок, смешаны с варёным рисом, и 12 жрецов храма съели его во имя прощения прегрешений умерших.

Со временем самосожжения стали означать не только выражение преданной любви и супружеского долга, но и пожизненной верности земному господину. Так, в 1883 году вместе с телом раджи Идара были сожжены его семь жен, две наложницы, четыре служанки и верный слуга.

Постепенно сати распространилось на представителей всех высших каст. Обряду более 3-х тысяч лет, и, несмотря на то что в настоящее время он официально запрещен, в Индии полиция ежедневно регистрирует несколько тысяч самосожжений.

Различают два вида самосожжения женщин: «саха-марана» (смерть вместе), когда вдова сжигает себя одновременно с трупом мужа, и «анумарана» (смерть в одиночку), когда вдова погибает в огне уже после кремации тела супруга, во время которой она была «нечиста» из-за беременности или менструации. Наиболее часто встречается «саха-марана».

По традиции вдова должна совершить обряд в течение четырех месяцев после смерти мужа. В том случае, если вдова объявила о решении взойти на костер, она не имеет права отказаться.

Следует обратить внимание, что, по сути, ритуальное самоубийство представляет собой разновидность сценического искусства, театрального действия, где имеются главная героиня и актеры, сюжет и зрители, пристально следящие за его развитием. Роль главной героини исполняет жертва, и в ее обязанности входит сыграть свою роль достойно. В этом ей помогают многочисленные помощники, представленные браминами, которые следят за последовательностью развивающихся событий, управляют ходом действия, четко следя, чтобы каждый шаг, каждое слово вдовы соответствовали принятому ритуалу.

Обычно сати происходит на берегу реки или храмового озера. Перед обрядом вдова совершает церемониальное омовение, распускает волосы и надевает свои лучшие наряды и украшения. Готовая умереть, она медленно направляется к месту кремации в сопровождении родственников и знакомых. Взявшись за руки, они образуют вокруг женщины живое кольцо – символ невозможности возвращения

к прежней жизни. У воинской касты раджпутов ее эскортируют воины с обнаженными саблями. Каждый, кто встретит на своем пути траурную процессию, должен непременно присоединиться к ней.

Тем временем носилки с трупом умершего доставляют к погребальному костру и устанавливают на него. Омытое тело заворачивают в белое покрывало, оставляя открытым лицо. По бокам костра вкопаны четыре столба. Пространство между ними заполняют поленьями мангового дерева, проложенного сушеным коровьим навозом, соломой и другими горючими материалами. Поленья обильно поливают топленным коровьим маслом «гхи» и нефтью. Вершины столбов соединены веревками таким способом, что вся конструкция напоминает ложе. На столбы набрасывают покрывало, расшитое ритуальным узором.

У костра вдова снимает с себя все украшения и раздает их близким и друзьям. Те угощают ее засахаренными фруктами и говорят пожелания и приветы, которые просят передать усопшим родственникам. Поддерживая под руки, женщину трижды обводят вокруг умершего супруга. Вдова обходит надлежащее число раз вокруг подготовленного костра, и сыпет из-под подола платья жареный рис и раковины каури, которые ревностно подбираются присутствовавшими, так как этим вещам, полученным от жертвы, приписываются целебные свойства. Народ верит, что сжигаемым вдовам в последние минуты дается способность ясновидения. Приводится даже случай, как одна жертва вспомнила о предшествовавшем существовании своей души и сделала какое-то предсказание, которое якобы сбылось.

Когда выполнен ритуальный обход костра, силы часто оставляют женщину, и она беспомощно повисает на руках сопровождающих. Тогда к вдове поспешно подходит жрец, он быстро произносит над ней траурные мантры, окропляет ее водой из Ганга, а голову посыпает листьями священного растения тулси. Вдове помогают подняться на костер. Она садится с левой стороны от трупа мужа и кладет его голову на свои колени. В некоторых штатах полагается, чтобы она легла рядом с телом умершего и обняла его за плечи.

Кто-нибудь из родственников в нескольких местах поджигает поленья пучком джутовой соломы. Все сооружение мгновенно охватывает жаркое пламя. И тогда оцепенение покидает несчастную – ее пронзительные вопли не могут заглушить ни частые удары гонга, ни громкие стенания наблюдателей. Обезумевшая от страха и боли, женщина предпринимает отчаянные попытки выбраться из костра. Но ноги ее заранее прикованы железными цепями к тяжелым плахам. В прошлом,

если женщина выбрасывалась из огня, брахман ударял ее по голове дубиной, а потом обмякшее тело заталкивал длинными бамбуковыми шестами обратно в костер. Чтобы притупить боль, вдовы пьют перед самосожжением наркотический напиток: настой сушеных пестиков шафрана. Во время кремации вокруг костра разбрызгивают отвар терпких растений, чтобы смягчить удушающий тошнотворный смрад.

Когда угли остынут, пепел и останки умерших супругов собирают в медную или бронзовую урну и высыплют в реку. Мечта каждого индуса – быть кремированным на берегу Ганга, чтобы его прах был унесен в океан священными водами великой реки.

О совершивших сати брахманы слагают гимны. В их честь поблизости от индуистских храмов устанавливают особые камни с изображением солнца, луны и правой руки с раскрытой ладонью. Рука согнута в локте и на запястье обозначены браслеты, символизирующие супружескую верность. К этим камням нередко приходят невесты, прося счастья в будущей семейной жизни и рождения сына. К ним обращаются также замужние женщины в надежде найти излечение для больного мужа или ребенка.

Ни англичане, впервые запретившие сати, ни современное индийское правительство, никак не могут искоренить этот обряд, слишком глубоки его корни. Индусы верят, что смертью мужа боги наказывают женщину за ее грехи. И неважно, когда были совершены эти грехи, в ее нынешнем рождении или одном из прежних. Но, совершив обряд сати, неблагоприятную карму можно поправить.

Возможно, сегодня обычай самосожжений остался бы лишь в исторической памяти народа, если бы не усердие индуистских фундаменталистов. Ортодоксы считают сати предписанием дхармы и активно пропагандируют этот обряд. Причем для этого они призвали на помощь вполне современные средства: буклеты, инструкции и видеокассеты, посвященные самосожжениям. Их специальные общества помогают вдовам деньгами. Ведь приобрести дрова и горючие материалы, необходимые на сооружение погребального костра, может далеко не каждая. Кроме мощной пропаганды у обряда сати есть ещё один существенный фактор: чудовищно униженное положение вдов в индийском обществе.

Посвящение женщины во вдовство происходит на одиннадцатый день после смерти мужа. Считается, что до этого срока душа умершего витает в этом доме, поэтому женщина все еще не вдова. Накануне посвящения вдова надевает новое сари самой яркой расцветки, которое ей дарит брат или дядя, украшает себя множеством цветов и разно-

цветных браслетов. В этот день ее запирают в комнате и тщательно закрывают не только двери, но и окна. Пять или шесть вдов из округа методично разбивают ее стеклянные украшения, снимают с нее цветы и драгоценности, срывают пояс и одежду, а главное – развязывают ее шнур – мангалсутру, принадлежность замужней женщины. Теперь она неприкасаемая, приносящая несчастье. Самые жестокие предрассудки ортодоксального индуистского общества связаны с судьбой вдов: им строго запрещается вновь выходить замуж, даже если они овдовели в детском возрасте. Второй брак для индийской женщины считается величайшим грехом и неслыханным позором. Считается, что грехи женщины, совершенные ею в этом или в одном из прошлых рождений, явились причиной смерти мужа, и потому она должна быть наказана. После смерти мужа вдова, оставшаяся жить в доме его близких родственников, по закону имеет право только на часть его имущества. Снова вступить в брак невозможно: если бы она и решилась, никто не взял бы вдову в жены. В виде исключения допускается повторный брак вдовы с братом умершего мужа, но, как правило, этого не происходит.

Образ жизни и поведения вдовы строго регламентированы. Всю оставшуюся жизнь вдова должна ходить с ног до головы в белом сари, если она осталась вдовой до двадцати пяти лет, или же в красном, если она старше. Храмы, религиозные церемонии закрываются перед ней навсегда. Она не имеет права говорить ни с кем из родных и даже есть с ними. Она спит, ест и работает отдельно; соприкосновение с нею считается нечистым, в течение семи лет единственные, кто не подвергается ритуальному осквернению в результате контакта с вдовой – это ее сыновья. Если вдова встретится первой на дороге человеку, выходящему утром из дому по делу, то он возвращается домой и откладывает дело до другого дня, так как встреча со вдовой – самая дурная примета. Вдова не имеет права находиться в обществе мужчин (в том числе и своих сыновей), смотреться в зеркало, носить украшения и употреблять благовония. В соответствии с местными и кастовыми установлениями весьма ограничен ее рацион, из которого исключаются не только все виды мяса, но и многие овощи и корни, а также соль. Чаще всего вдова питается лишь мучной похлебкой. Регулярно, примерно через каждые четырнадцать дней, она должна соблюдать очень строгий пост (нельзя пить даже воду), спать на голом полу.

В штате Раджастан вдовам обривают голову. На праздничные церемонии их не допускают. Даже слуги избегают хозяйку-вдову.

Остаток своей жизни каждая вдова обязана проводить в ежедневных молитвах и поминальных обрядах.

Таков долгий путь тяжких мытарств индусской вдовы. Идти по этому пути или уйти из жизни сразу – вот и весь ее выбор, как и для многих других женщин Индии. Учитывая остроту проблемы, в декабре 1987 года индийский парламент принял закон, запрещающий сати. Согласно закону, женщина, пытавшаяся совершить акт саможжения, несет наказание: тюремное заключение сроком до одного года или штраф, либо то и другое вместе. Тех, кто подстрекал вдову к совершению сати или чинил ей препятствия во время попытки покинуть погребальный костер, привлекают к уголовной ответственности. Им грозит длительное тюремное заключение, крупный штраф и... уважение окружающих, включая начальника тюрьмы и товарищей по заключению. А потому – горят ритуальные костры, восходят на них вдовы, впрочем, подписав заявление в присутствии полицейских чинов, что совершают саможжение добровольно.

Дикша. В индуизме так же существует ритуальное, часто массовое самоубийство называемое «дикша». Ежегодные паломничества к священным рекам – тиртхам – часто заканчивались массовыми самоутоплениями. Идеальным местом для дикши считается слияние Ганга с Джамной у города Аллахабада. Предпочтительным считается прыгивание в воду с ветвей священных баньянов, которых в тех местах довольно много. Индусы верят, что те, кто сможет выполнить этот обряд, окажется в обители бога Шивы.

Россия

Самосожжения раскольников. Несмотря на то что христианство запрещает суицид, в истории России прослеживается период массовых ритуальных самоубийств имеющих религиозный характер. После утверждения Великим Собором проведённых патриархом Никоном церковных реформ (1667 г.), и последующего раскола церкви в старообрядческой (раскольничьей) среде стали практиковаться массовые саможжения. Преследование со стороны государства и притеснение староверов религиозный фанатизм и способствовали распространению представлений о том, что саможжение – «страдание за веру» обеспечивает искупление грехов, причисление к сонму мучеников и попадание в рай.

Самосожжения проходили в домах, где собиралась старообрядческая община. Проводилось богослужение, причащение, после чего

строение поджигалось изнутри. По мнению отечественных историков, в тех кострах сгорело более 10 тыс. человек.

Известно, что русские старообрядцы XVII–XVIII веков, сжигавшие себя, достаточно часто пытались «снять грех с души» и заменить саможжение своего рода гибелью за веру – запершись в скиту, они ставили на засов двери горящую свечу, а на пол бросали ворох соломы. Когда присланные усмирить раскольников солдаты начинали выламывать дверь, свеча падала, и в помещении начинался пожар. Таким образом, солдаты становились убийцами, а староверы – мучениками.

Голодовка. Суицид, связанный с религиозными представлениями, практиковался не только в миру, но и в стенах монастырей. Так в лаврах (греч. *laura*) – крупнейших мужских православных монастырях, подчиненных непосредственно патриарху (Киево-Печерской, Троице-Сергиевой, Александро-Невской, Почаевско-Успенской) достаточно часто к смерти монахов приводили многодневные (40-дневные) посты с отказом от какой-либо пищи и воды. Такой строгий пост монах принимал на себя добровольно (с благословения настоятеля), уединялся в келье, и, как правило, погибал до истечения срока поста.

Распятие. В литературе описаны и иные, единичные случаи ритуального суицида. Описан случай, когда один отшельник, из религиозных побуждений, решил умереть на кресте так, как умирали апостолы и бродячие проповедники христианства. Отшельник срубил из двух брусьев крест и установил его на горе, недалеко от своей кельи. Накануне Пасхи он совершил самораспятие – привязал себя к кресту четырьмя веревочными петлями. Из Евангелие известно, что страдания Христа длились около шести часов, но распятие Спасителя было проведено на гвоздях, а отшельник избрал более распространенный (и более длительный) вариант римской казни – распятие путем привязывания к кресту. Такая казнь длилась иногда несколько суток, смерть, как правило, наступала от асфиксии или острой дегидратации. Когда отшельника нашли, он был еще жив и произнёс: «Захотелось умереть, так как умер Христос за людей».

2. Общая характеристика суицида

2.1. Суицид в свете современных представлений

Интересный случай был в январе 1943 года в одном немецком артиллерийском полку, входящим в состав 6-й армии, окруженной нами под Сталинградом. Ну, так вот, вызвал командующий тем полком генерал всех своих офицеров на совещание. Им подали по рюмке шнапса. А потом командир приказал всем достать пистолеты и застрелиться... Хлоп – и в полку не осталось ни одного офицера. Вот дисциплина была! Все приказ выполнили. А зря... мы бы о них сами позаботились. Да и как они без офицеров-то? Это же полк...

Из воспоминаний Пастухова П. П. – капитана Главного управления госбезопасности НКВД СССР (9 мая 1979 года)

В последние годы все большее внимание исследователей различных специальностей – психиатрии, психологии, антропологии, социологии, криминалистики и других – привлекает проблема изучения суицидального поведения в подростковом и юношеском возрастах. Это связано с неуклонным ростом суицидальной активности молодежи во второй половине XX столетия. Во многих странах суицидальные попытки являются одной из основных причин неотложной госпитализации и лечения молодых людей, что является тяжёлым бременем для систем здравоохранения этих государств. По материалам ВОЗ, суицид как причина смерти вышел на одно из первых мест в мире. Самоубийства у лиц в возрасте до 25 лет составляют примерно 19,0 % от общего числа. Суицидальный феномен представляет собой статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития как государств, так и их отдельных регионов. Изучение современных тенденций самоубийств, их количественной динамики, социально-демографических характеристик является актуальной задачей многих дисциплин, одной из которых является психиатрия, а практическое применение этих научных исследований находит свое отражение в организации мероприятий по превенции суицидального

поведения, а также антикризисной помощи населению.

Суицид представляет собой действие, целью которого является смерть. При описании этого явления в специальной и неспециальной литературе, а также в повседневной речи используются следующие понятия: «добровольный уход из жизни», «самоубийство», «самоуничтожение». Независимо от этих и других названий обычным определением суицида было «добровольное, намеренное самоубийство». Некоторые суицидологи придерживались собственных более сложных определений. Е. Stengel определяет суицид как «фатальное нанесение самоущерба, под влиянием осознанного аутодеструктивного намерения». Многими исследователями эти определения воспринимались как неконкретные и расплывчатые. Е. Shneidman дал следующую дефиницию: «Суицид есть сознательное самоуничтожение, необходимое хорошо понимающему свое расстройство индивидууму, считающему самоубийство самым лучшим решением своей проблемы». В то же время продолжается дискуссия о необходимости включения в дефиницию сознательного желания умереть. Так как самоубийство является способом ухода из жизни, смерть может являться либо целью, либо средством достижения другой цели. Многие суицидологи придерживаются мнения, что почти все лица, совершающие суицидальные действия, имеют двойственное отношение к смерти. В большинстве случаев человек не хочет умирать, то есть не видит ее как цель, но тем не менее желает прекратить воспринимать окружающую обстановку или определенным образом уйти из нее – воспринимает смерть как средство.

Изучая суицидальное поведение, Е. Stengel заключает, что лица, погибающие от суицида, и люди, предпринимающие «неудавшиеся» попытки самоубийства, составляют две отличающиеся друг от друга группы. Среди первых преобладают мужчины старшего возраста, а среди вторых больше всего встречаются молодые женщины. 31 представитель 15 европейских стран на встрече в Йорке рабочей группы по профилактике самоубийств и суицидальных попыток регионального европейского офиса Всемирной организации здравоохранения, обсуждая потребность в общих дефинициях фатальных и нефатальных суицидальных действий, согласились на нескольких определениях. «Суицид – это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им/ей изменения». Данное определение не включает в себя описание конкретного «желания смерти» индивидом, однако ограничивает вне-

сение в это понятие смертей лиц, не понимающих или не осознающих потенциальную летальность своих действий – это распространяется на ряд психотических пациентов, а также страдающих тяжелой умственной отсталостью или деменцией. Позже (в 2014 г.) Всемирная организация здравоохранения выпустила глобальный императив по профилактике самоубийств, в котором дефиниция самоубийства была максимально упрощена и определена, как «акт умышленного убийства самого себя».

Определение нефатальных суицидальных действий более усложнено. Постоянное увеличение частоты попыток самоубийства создает условия для всестороннего изучения и анализа этого явления. Благодаря развитию знаний в этой области установлено, что далеко не все нефатальные суицидальные действия являются неудавшимися самоубийствами. Целью большинства из них является не намерение умереть, а сигнал индивида о необходимости таких изменений обстановки, чтобы сделать его жизнь субъективно терпимой. «Суицидальная попытка (парасуицид) – действие с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную». Эта дефиниция включает в том числе действия, прерванные другими лицами, до нанесения самоповреждения, например, удаление суицидента с железнодорожного полотна до прибытия в это место поезда; в то же время она исключает аутоагрессивные действия людей, не понимающих или не осознающих их последствий, например, страдающих некоторыми психотическими расстройствами, деменцией или тяжелой умственной отсталостью. В 2014 году ВОЗ также пересмотрела дефиницию суицидальной попытки: «любой вид изначально нелетального суицидального поведения и относится к намеренному самоотравлению, нанесенной самому себе травме или иному самоповреждению, которые могут иметь или не иметь летального намерения или исхода».

Приведенные определения общеприняты во всём мире и являются базовыми понятиями для служб психического здоровья, а также исследователей этого вопроса.

В отечественной психиатрии определение суицидального поведения дано А. Г. Амбрумовой (1978, 1980, 1982): «Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта

и подразделяется на внутренние – антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние формы – суицидальная попытка, завершённый суицид». Это определение наиболее полно отражает весь спектр его проявлений. А. Е. Личко (1985) выделил три основных типа суицидального поведения подростков: истинное, аффективное, демонстративное. (2014) относит суицидальное поведение к типам поведения, включающим мысли о суициде (или идеацию), планирование самоубийства, суицидальные попытки или сам суицид.

Изучая суицидальное поведение, важно установить связь и преемственность между его проявлениями. Такая связь у лиц, совершивших суицидальную попытку, устанавливается ретроспективно. В случаях завершённого суицида проводится так называемая психологическая аутопсия – реконструкция социальных и психологических особенностей смерти путем интервьюирования основных лиц, знавших погибшего. Она позволяет установить наличие суицидальных мыслей, попыток, различных злоупотреблений в анамнезе. Некоторую информацию дает анализ предсмертных записок, которые оставляет каждый шестой суицидент, независимо от пола, возраста, способа самоубийства, семейного положения и наличия того или иного психического заболевания. При самоубийстве психически больных в ряде случаев применяется посмертная судебно-психиатрическая экспертиза путем анализа сведений, содержащихся в медицинской документации, объективных данных и материалах дела по факту свершившегося. По данным М. Marttunen et al., около четверти молодых людей, учащихся финских школ, покончивших жизнь самоубийством, совершали раньше попытки расстаться с жизнью. В настоящее время широко известно, что суицидальная попытка является одним из самых сильных факторов риска самоубийства. В возрастной группе 11-19 лет уже предпринимали по меньшей мере одну попытку расстаться с жизнью 5,0 % юношей и 8,0 % девушек, а 1,8 % – две и более. Около 40,0 % молодых людей, совершивших парасуицидальное действие, уже имели ранее одну и более попытки самоубийства. Как указывают J. Vedrinne & D. Weber, при каждой повторяющейся попытке риск смерти возрастает, а суицидальный акт в таких случаях «лучше» подготовлен и менее импульсивен.

2.2. Характеристика суицидального поведения

И когда в три двадцать пять резко зазвонил звонок, членкор В-ский даже усмехнулся. Этого он ждал. Он был холостяк, ему было шестьдесят три года, жизнь была прожита. Под неумолимый звонок он раскрыл окно, посмотрел на яркие звезды и полетел в звездную ночь.

Радзинский Э. С. Наш Декамерон

Считается, что сам термин «суицид» стал использоваться суицидологами с момента опубликования в начале XX века знаменитого исследования-эссе о самоубийстве французского социолога Э. Дюркгейма, сосредоточившего свое внимание в основном на сознательном характере феномена.

Суицидальное поведение представляет собой аутоагрессивные действия человека, сознательно и преднамеренно направленные на лишение себя жизни из-за столкновения с неблагоприятными жизненными обстоятельствами. Под термином «суицид» (*suicidium*; лат. *sui* себя + *caedo* убивать) подразумевается умышленное лишение себя жизни, самоубийство. Большинство исследователей отмечают, что самоубийство – деяние сознательное. Таким образом, ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям.

Самоубийство традиционно трактуется, прежде всего, как свободное решение воли. Медицинское определение суицида и суицидальной попытки подчеркивает, что смерть – сознательная цель индивидуума. Вместе с тем ведущие суицидологи полагают, что суицид и суицидальная попытка представляют собой два принципиально различных рода действий, то есть завершенный суицид – это не просто преувеличенная форма суицидальной попытки, а суицидальная попытка, как правило, не аналог лишь случайно неудавшегося самоубийства. Если при завершенном суициде агрессия направлена против собственного «Я», то при суицидальной попытке она изменяет точку приложения и направлена в основном вовне, что обуславливает конечную цель суицидальной попытки – апелляцию к социальному окружению. Различие феноменов завершенного суицида и суицидальной попытки подтверждает и тот факт, что если в контингенте завершенных суицидов преобладают психически больные, то среди пациентов с суицидальными

попытками превалируют лица с пограничными расстройствами, а также здоровые в психическом отношении люди с ситуационными реакциями в момент совершения попытки.

При рассмотрении психологического смысла незавершенных суицидов важнейшую роль играет проблема определения желания суицидентами собственной смерти. В литературе имеются указания, что, несмотря на заявления немалой части суицидентов о своем желании умереть в момент совершения суицидальной попытки, истинное стремление к смерти у них отсутствует. В теоретических исследованиях А. Г. Амбрумовой и ее сотрудников также показано, что конечная цель попытки самоубийства (смерть) и ее психологический смысл не всегда совпадают. Были выделены различные типы психологического смысла суицида каждый из которых в большей или меньшей степени не соответствует подразумеваемой конечной цели аутоагрессивных действий.

Под самоубийством понимаются два разнопорядковых явления:

1. Индивидуальный поведенческий акт, лишение себя жизни конкретным человеком.
2. Относительно массовое, статистически устойчивое социальное явление, заключающееся в том, что некоторое количество людей добровольно уходят из жизни.

Как индивидуальный поступок самоубийство служит предметом психологии, медицины, этики; как социальное явление – предмет социологии, социальной психологии. В некоторых языках, включая английский, немецкий и русский, отсутствует дифференциация этих двух различных понятий. Поэтому лишь из контекста бывает ясно, идет ли речь о поступке человека или же о социальном феномене. В настоящее время принято рассматривать самоубийство в рамках комплексной проблемы суицидального поведения.

Суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, суицидальные намерения (идеи), суицидальные приготовления, суицидальные попытки (покушения) и собственно акт суицида. Эти формы обычно рассматриваются как стадии или же проявления одного феномена. Однако некоторые авторы относят заверченный и незавершенный суицид к различным, относительно самостоятельным явлениям, исходя, в частности, из того, что в ряде случаев суицидальные попытки носят шантажный характер при отсутствии умысла на реальный уход из жизни. Собственно суицидальное поведение – любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

Внутреннее суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы, намерения и планирование. Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями из этой шкалы:

1. Пассивные суицидальные мысли, характеризующиеся представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться» и т. п.).
2. Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место самоубийства.
3. Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.
4. Планирование самоубийства включает в себя разработку плана суицидальных действий.

В самом широком смысле самоубийство – вид саморазрушительного, аутодеструктивного поведения (наряду с курением, пьянством, употреблением наркотиков). В более узком, медико-правовом смысле самоубийство означает вид насильственной смерти с указанием ее причины. Существует множество разновидностей суицидального поведения, а следовательно, и их классификаций по разным основаниям (причины, стадии, мотивы и др.).

Самоубийство – одна из вечных проблем человечества, поскольку это явление существует столько же, сколько существует на Земле человек. Самоубийство, как считают большинство исследователей, явление сугубо антропологическое, а случаи самоубийств животных являются либо поэтическим вымыслом, либо неверными выводами из поверхностных наблюдений за поведением животных. Ни скорпион, вонзающий ядовитое жало себе в спину, если его окружить горящими углями; ни те животные, которые в неволе отказываются от пищи и погибают, не действуют сознательно. И это главное отличие их поведения от поведения человека. Самоубийство – чисто человеческий, сознательный поведенческий акт, значит, не будет преувеличением сказать, что оно является своеобразной «платой» за разум, индивидуальность, за свободу воли и выбора.

Рассматривая вопрос о помощи при потенциальном суициде, необходимо постараться понять особенности личности самоубийцы –

и, естественно, причины, заставившие его совершить столь экстремальный поступок. Установлено, что суицидальные пациенты (имеются в виду лица, совершавшие суицидальные попытки или самоубийства) характеризуются определённым набором психологических характеристик. На основе анализа данных суицидологических служб выявлено 10 общих черт потенциальных самоубийц. Под «общими чертами» самоубийц понимаются те проявления, которые отмечаются, по крайней мере, у 95 % лиц, совершивших суицид, и касаются мыслей, чувств или форм поведения, наблюдаемых почти в каждом случае самоубийства (Шнейдман Э., 2001). Рассмотрим эти 10 общих черт суицидентов:

1. Общей целью суицида является нахождение решения. Самоубийство не является случайным действием – оно никогда не совершается бесцельно. Суицид представляется выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, затруднения, кризиса или невыносимой ситуации. Для суицидента идея самоубийства приобрела бесспорную логичность и стала несомненным побуждением к действию. Суицид является ответом, представляющимся единственно доступным из всех возможных решений, на почти неразрешимые вопросы: «Как мне из всего этого выбраться? Что же мне делать?». Цель каждого самоубийства состоит в разрешении проблемы, нахождении решения сложной задачи, причиняющей человеку страдания. Чтобы понять причины суицида, прежде всего, следует знать, какую именно психологическую проблему пытается разрешить самоубийца.

2. Общей задачей суицида является прекращение сознания. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и разрешению острого внутриличностного конфликта, особенно если это выключение рассматривается человеком как очень надёжный вариант выхода из сложной жизненной ситуации. В тот момент, когда мысль о возможности прекращения сознания становится для испытывающего мучения человека единственным ответом или выходом из невыносимой ситуации, тогда добавляется ещё какой-то иницирующий фактор, и начинается реализовываться активный суицидальный сценарий: «Я передал себя в руки смерти» – так человек сообщает нам о своём желании, чтобы всё прекратилось раз и навсегда.

3. Общим стимулом к совершению суицида являются тягостные переживания. Если человек, имеющий суицидальные намерения, стремится к прекращению сознания, то тягостные переживания – это то, чего он пытается избежать. Детальный анализ показывает, что суицид можно легче всего понять, как сочетание движения по направлению

к прекращению потока своего сознания и бегства от тягостных переживаний, невыносимых страданий и боли. Никто не совершает самоубийства, испытывая радость. Враг жизни – это боль: «Внутри я умер», «Я испытывала сильнейшую внутреннюю боль» – так писали в записках люди, совершившие суицид. Суицид может быть рассмотрен как специфическая человеческая реакция на невыносимую душевную боль – боль, порождённую внутриличностным конфликтом. Таким образом, если психологу удастся снизить интенсивность переживаний суицидента, то вполне вероятно, что он найдет иные варианты решения проблемы, помимо самоубийства, и выберет жизнь.

4. Общим стрессором при суициде является фрустрированные психологические потребности. Самоубийство порождается нереализованными или не удовлетворёнными психологическими потребностями. Именно они порождают тягостные переживания и толкают человека на совершение суицидальной попытки. Чтобы понять самоубийство в этом контексте, вопрос следует поставить шире: какова психологическая подоплёка большинства человеческих поступков? Наиболее общий ответ на этот вопрос состоит в том, что в целом действия людей направлены на удовлетворение их потребностей. Поэтому естественно, что в большинстве суицидов задействованы комбинации различных фрустрированных потребностей. В силу этого человек, проявляющий суицидальные тенденции, полагает, что его самоубийство преследует определённую цель, направленную на преодоление фрустрации стремлений. Любая суицидальная попытка отражает ту или иную неудовлетворённую психологическую потребность.

5. Общей суицидальной эмоцией является чувство беспомощности и безнадежности. Для лиц, предпринимающих суицидальные попытки, характерно всеобъемлющее чувство беспомощности и безнадежности: «Я уже ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить переживания, которые я испытываю)». Для человека, собирающегося закончить жизнь самоубийством, характерно чувство внутренней опустошенности, унылое ощущение, что всё вокруг совершенно безнадежно, а человек беспомощен что-либо изменить.

6. Общим отношением к суициду является амбивалентность. Лица, совершающие самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли. Для самоубийства типично такое поведение: человек совершает суицидальную попытку, а потом обращается за помощью,

и оба эти действия являются искренними. Амбивалентность представляет собой совершенно естественное состояние при самоубийстве: чувство, что ты должен совершить это, и одновременно желание постороннего вмешательства. Именно амбивалентность даёт основания для психотерапевтического вмешательства.

7. Для суицидентов характерно снижение когнитивных функций. Суицид можно определить как транзитное состояние сужения аффективной и когнитивной сфер: «Мне ничего больше не оставалось»; «Единственно возможным выходом была смерть». Вариантом нарушения когнитивных функций является туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения, ранее доступных сознанию данного человека, пока его мышление, в состоянии кризиса, не стало дихотомическим (либо – либо). Либо я достигну некоего особенного разрешения всей ситуации, либо же перестану существовать.

Совершающий самоубийство прерывает все связи с прошлым, воспоминания его уже не спасут; он сам находится в прошлом и не видит перед собой будущего. Оказывая суициденту психологическую помощь, необходимо открыть перед ним будущее и обозначить новые возможности.

8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Под эгрессией понимается преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. Вот примеры из суицидальных записок: «Покончив с собой, я избавлюсь от всего», «Теперь, наконец, придёт свобода от душевных мучений». Самоубийство является предельной формой эгрессии, большей, чем все прочие виды бегства – развод, уход из дома, увольнение с работы, дезертирство из армии.

9. Коммуникация суицидентов направлена на сообщение о своём намерении. Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение к планируемому поступку, сознательно или бессознательно подают сигналы бедствия, как бы снабжая окружающих ключами к своему намерению, они вызывают о вмешательстве или ищут возможности спасения. Следует отметить, что общее коммуникативное действие при самоубийстве – это не проявление вражды, ярости или разрушения и даже не замкнутость или депрессия, а именно сообщение о своем суицидальном намерении. Естественно, эти словесные сообщения и поведенческие проявления часто бывают косвенными, но внимательный человек в состоянии их заметить.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения. Существует связь стиля суицидального поведения и стиля преодоления трудностей. Чтобы оценить индивидуальную устойчивость человека к психотравмирующим факторам, следует обратиться к анамнезу его жизни. Важно выяснить, нет ли у него склонности к сужениям когнитивной сферы, дихотомическому мышлению или устоявшимся моделям бегства и эгрессии, применявшихся в возникающих ранее критических ситуациях. Ответы можно получить, расспросив о деталях того, каким образом происходило, например, увольнение с работы или развод, как удавалось справиться с психологическими кризисами. Повторные тенденции к уходу, избеганию или эгрессии являются, пожалуй, одним из самых красноречивых предвестников самоубийства.

Таким образом, самоубийство можно понимать как действия человека, находящегося в определенном эмоциональном и психологическом состоянии. Эти действия являются реакцией на возникшие субъективные или объективные проблемы. Суицидальное поведение не направлено на адаптацию, оно выполняет функцию снятия психологической боли (Шнейдман Э., 1993). Эта специфическая боль, вызванная чувством краха, стыда, страха, вины, угнетения, потери достоинства, одиночества, безнадежности, противостояния. Неспособность терпеть боль, активное желание ее прекратить – вот одна из важнейших причин суицидального поведения.

2.3. Теории суицидального поведения

В тот же день, двадцатого июля, основные руководители заговора по приказу Геббельса были расстреляны во дворе на Бендлерштрассе. Беку и Штауффенбергу предложили застрелиться.

Бек застрелился, Штауффенберг отказался.

– Кончают самоубийством люди, виноватые в чем-то. Я ни в чем не виноват перед народом.

Его расстреляли под рев автомобильных моторов.

Семёнов Ю. С. Майор «Вихрь»

В настоящее время не существует такой теории, которая в полной мере характеризовала бы многообразие и сложность феномена суицида. Существующее значительное количество теорий, чаще

всего, объясняет особенности какого-то одного аспекта суицидального поведения.

Рассмотрим основные из них:

Генетические теории суицида. В рамках этих теорий обсуждается вопрос о роли наследственного фактора в формировании суицидального поведения. Что представляют собой суицидальные наклонности – генетически закрепленная предрасположенность к определенным формам поведения и отягощенность наследственности в отношении возникновения психических расстройств или использование социального, семейного опыта? Практика показывает, что наличие в семье случаев суицида является одним из факторов риска. Так, Эрнест Миллер Хемингуэй застрелился из того же ружья, что и его отец, а в начале 1990-х добровольно ушла из жизни его внучка. В отечественной литературе описаны проживающие в сельской местности семьи, в которых практически все родственники кончали жизнь самоубийством.

Статистика свидетельствует, что примерно у 6 % покончивших с собой один из родителей был суицидентом.

Биохимические аспекты суицида. В результате исследований установлено, что у лиц, характеризующихся суицидальными наклонностями, имеется тенденция к изменениям некоторых биохимических показателей. У самоубийц иногда обнаруживается сниженная концентрация 5-гидроксииндолуксусной кислоты и серотонина в стволе мозга и уменьшение связывания имипрамина тканью мозга. У лиц, страдающих монополярной депрессией, личностными расстройствами, шизофренией, и предпринимавших суицидальные попытки, бывает снижена концентрация 5-гидроксииндолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости (СМЖ); есть также данные о том, что у них повышена активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (в частности, повышено выделение кортизола с мочой). Некоторые исследователи считают, что эти показатели позволяют выявлять чрезмерно эмоциональных и ранимых лиц (для них характерна повышенная активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы), а также больных, склонных к импульсивным действиям (по сниженной концентрации 5-гидроксииндолуксусной кислоты в СМЖ). Если эти биохимические сдвиги сочетаются с эмоциональным расстройством, то возможен высокий риск самоубийства. Изменения обмена серотонина обнаружены как у совершивших самоубийство, так и у предпринимавших суицидальные попытки, а кроме того, при целом ряде психических нарушений.

Патофизиологические теории суицида. Наиболее часто патофизиологической основой суицида, как это впервые было показано И. П. Павловым, является торможение или угасание одного из ведущих для человека рефлексов – рефлекса цели, что сопровождается потерей интереса к жизни, утратой ее ценности и смысла. В большинстве случаев торможение рефлекса цели бывает кратковременным, редко – продолжительным. Анализ случаев неоконченных суицидов показывает, что совершившие суицидальную попытку нередко раскаиваются в содеянном, просят помощи, лишь иногда вновь предпринимают попытку совершить суицид.

Патопсихологические аспекты суицида. Часто самоубийцами являются психически больные с расстройствами сознания и мышления. Акт суицида в данном случае объясняется резким нарушением восприятия окружающего мира, неспособностью правильно оценить совершаемые поступки, реальность и степень возникающей при этом опасности. При отсутствии должного медицинского контроля суицид может совершаться в состоянии острого послеоперационного (наркотического) психоза или инфекционного делирия, развивающегося при ряде заболеваний, сопровождающихся высокой температурой и выраженной интоксикацией организма (грипп, малярия, и др.). Значительно реже суицид совершается как осознанный акт протеста (голодовка, самосожжение).

Суицид в свете психоаналитических теорий. Выше было показано концептуальное значение личности в суицидальном поведении. Каждая теория личности исходит из своих определений факторов, которые обуславливают суицидальное поведение.

Теория Зигмунда Фрейда. Создатель теории психоанализа Зигмунд Фрейд (нем. Sigmund Freud) (1856–1939) анализировал суицид на основании представлений о существовании в человеке двух основных влечений: Эроса – инстинкта жизни (либидо) и Танатоса – инстинкта смерти (мортидо). Человек не только хочет жить, быть любимым и продолжить себя в своих детях, – бывают периоды или состояния души, когда желанной оказывается смерть (Шелехов И. Л., Белозёрова Г. В., Мартынова А. И., 2016).

З. Фрейд (его собственную смерть тоже можно считать актом суицида – неизлечимо больной раком он попросил своего ученика Макса Шура сделать ему летальную инъекцию морфия) считал, что каждому человеку присущ инстинкт смерти (Танатос), выражающийся в агрессивном, разрушительном поведении. Эта агрессия может быть направлена

либо вовне (проявляется в антисоциальном поведении), либо внутрь себя (аутоагрессия) (нанесение самоповреждений, суицид). В случаях нарушения равновесия между либидо и мортидо последний может оказаться более сильным и выразиться в суицидальной попытке.

Аналитическая теория личности Карла Густава Юнга. Согласно, Карлу Густаву Юнгу (нем. Carl Gustav Jung) (1875–1961), одним из ведущих мотивов являются интрапсихические силы и образы, происхождение которых уходит вглубь истории эволюции. Особый интерес представляет мистически окрашенная концепция К. Г. Юнга, который, касаясь проблемы самоубийства, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению, которое может стать важной причиной суицида. Это стремление обусловлено актуализацией архетипа коллективного бессознательного, принимающего различные формы.

1. Метаспихоза (переселения душ), когда жизнь человека продлевается чередой различных телесных воплощений.
2. Перевоплощения, предполагающего сохранение непрерывности личности и новое рождение в человеческом теле.
3. Воскрешения человеческой жизни после смерти в состоянии нетленности, так называемого тонкого тела.
4. Возрождение в пределах индивидуальной жизни с превращением смертного существа в бессмертное.
5. Переносного возрождения путем трансформации, происходящей не прямо, а вне личности.

Индивидуально-психологические аспекты суицида. Австрийский психолог и психиатр, основатель индивидуальной психологии – Альфред Адлер (нем. Alfred Adler) (1870–1937) полагал, что быть человеком означает, прежде всего, ощущать собственную неполноценность. Жизнь заключается в стремлении к цели, которая может осознаваться, но направляет все поступки индивида и формирует жизненный стиль. Чувство неполноценности возникает в раннем детстве и основано на физической и психической беспомощности, усугубляемой различными дефектами. Для человека экзистенциально важно ощущать общность с другими людьми. Поэтому в течение всей жизни он находится в поиске преодоления комплекса неполноценности, его компенсации или сверхкомпенсации. Он реализуется в стремлении к самоутверждению, власти, которая становится движущей силой человеческого поведения и делает жизнь осмысленной.

Однако этот поиск может натолкнуться на значительные препятствия и привести к кризисной ситуации, с которой начинается «бегство» к суициду: утрачивается чувство общности; между человеком и окружающими устанавливается «дистанция», канонизирующая непереносимость трудностей; в сфере эмоций возникает нечто напоминающее «предстартовую лихорадку» с преобладанием аффектов ярости, ненависти и мщения. «Дистанция» формирует заколдованный круг; и человек оказывается в состоянии застоя, мешающем ему приблизиться к реальности окружающей жизни. В итоге возникает регрессия – действие, состоящее в суицидальной попытке, которая одновременно является актом мести и осуждения в отношении тех, кто «ответствен за непереносимое чувство неполноценности, и поиском сочувствия к себе».

А. Адлер подчеркивал, что, поскольку человеку свойственно внутреннее стремление к цели, чаще всего бессознательной, то, зная последовательность поступков в случае аутоагрессии, ее можно предотвратить.

Психодинамическое направление и эго-психология. Американский психолог, один из основателей неопрейдизма – Карен Хорни (англ. Karen Horney) (1885–1952), работавшая в русле психодинамического направления, эго-психологии и социокультурной теории личности, полагала, что при нарушении взаимоотношений между людьми возникает невротический конфликт, порожденный так называемой базисной тревогой. Кроме тревожности в невротической ситуации человек чувствует одиночество, беспомощность, зависимость и враждебность. Эти признаки могут стать основой суицидального поведения. Враждебность при конфликте актуализируется, как и разрушительные наклонности, направляемые на самих себя. В ряде случаев именно добровольная смерть представляется единственным способом утвердить свое Я.

Теория Карла Меннингера. Последователь школы психоанализа – американский ученый Карл Меннингер (англ. Carl Menninger) (1893–1990) развил представление З. Фрейда о суициде, считая суицид проявлением влечения к смерти. В работе «Война с самим собой» (1938) Карл Меннингер рассмотрел различные формы саморазрушающего поведения, которые он разделил на четыре группы:

1. Органическое самоубийство (психосоматические заболевания);
2. Локальное самоубийство (членовредительство, симуляция, полихирургия, провоцирование несчастных случаев, импотенция и фригидность);

3. Хроническое самоубийство (аскетизм, мученичество, алкоголизм, антисоциальное поведение, неврастения, психозы);
4. Собственно самоубийство.

В собственно суицидальном поведении К. Меннингер выделил три основные части. По его мнению, для того чтобы совершить самоубийство необходимо:

1. Желание умереть. Такие люди склонны подвергать свою жизнь необоснованному риску. Также является распространенным среди больных, считающих смерть единственным лекарством от телесных и душевных мучений.
2. Желание убить: крайняя форма агрессии.
3. Желание быть убитым: является высшей степенью подчинения. Человек не может выдержать укоров совести и страданий из-за нарушения моральных норм, и потому видит искупление вины лишь в прекращении жизни.

Таким образом, если у человека возникают сразу все описанные С. Меннингер (1938) желания, вероятность совершения суицида очень высока. Автор указывал, что настоящая, недемонстративная попытка совершить самоубийство обязательно должна содержать в себе эти три составляющие. Если же какая-то из них отсутствует, то попытка не является серьезной: она рассчитана на внешний эффект и связана со стремлением кого-либо запугать, шантажировать и получить таким образом какие-то дивиденды.

Критика психоаналитических теорий. Следует отметить, что психоаналитические теории открыты для критики в большей степени, чем остальные. Адепты психоанализа в своем стремлении анализировать человеческую психику через призму теории Фрейда предлагали даже антинаучные концепции: так, по их мнению, надежным прогностическим признаком является любовь к Африке – она по своим очертаниям напоминает женское лоно, куда самоубийца подсознательно желает вернуться. Типичным примером здесь, по мнению психоаналитиков, является Эрнест Хемингуэй, обожавший «черный континент» и застрелившийся из висевшего в кабинете охотничьего ружья.

Достаточно распространена еще одна, достаточно спорная, концепция: выбор способа самоуничтожения связан с сексуальностью. Самоповешение выбирают сексуально неудовлетворенные люди, падение с высоты – инфантильные личности, подсознательно мечтающие «стать взрослыми», под поезд бросаются женщины, жаждущие отдаться во власть фаллического монстра, либо скрытые гомосексуалисты (Ревяков Т. И., Трус Н. В., 1996).

В целом представители психоаналитического направления анализируют самоубийства как проявление болезненных механизмов и в значительно меньшей мере рассматривают их в социальном плане.

Экзистенциальная теория Виктора Эмиля Франкла. Основоположник и классик логотерапии, австрийский психолог и психиатр Виктор Эмиль Франкл (нем. Viktor Emil Frankl) (1905–1998) рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни и свобода человека, а также в связи с психологией смерти и умирания. Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав ее, перенести неудачи и страдания. Этот опыт В. Франкл вынес из нацистских концентрационных лагерей, где ежеминутно сталкивался со страданиями и смертью, что заставляло переосмысливать понятия жизни и смерти.

Следует отметить, что по материалам Нюрнбергского процесса, распространенность суицида среди личного состава войск СС, несущих охрану концентрационных лагерей, была в 4–6 раз выше, чем среди заключенных.

Идея самоубийства, по В. Франклу, принципиально противоположна постулату, что жизнь при любых обстоятельствах полна смысла для каждого человека. Но само наличие идеи самоубийства – возможность выбрать самоубийство, принять радикальный вызов самому себе – отличает человеческий способ бытия от существования животных. В. Франкл относился к самоубийству с сожалением и настаивал, что ему нет законного, в том числе нравственного, оправдания. Таким путем не искупить вину перед другими: только ошибающаяся совесть может приказать совершить самоубийство. Человеку следует повиноваться жизненным правилам: не пытаться выиграть любой ценой, но и не прекращать борьбы даже в условиях невыносимого существования. Самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, развиваться дальше. В случае суицида жизнь становится поражением. В конечном счете, самоубийца не боится смерти – он боится жизни, считал Виктор Франкл.

Феноменологические подходы к изучению суицида. Танатолог, профессор калифорнийского университета в Лос-Анджелесе, Э. Шнейдман различает две характеристики личности: суицидальность и летальность. Суицидальность означает индивидуальный риск

самоубийства. Летальность связана со степенью опасности человека для себя вообще, его самодеструктивностью.

Э. Шнейдман впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их «ключами к суициду». Им тщательно исследованы существующие в обществе мифы относительно суицидального поведения, а также некоторые особенности личности, обуславливающие суицидальное поведение. Последнее отражено в созданной им оригинальной типологии индивидов, играющих непосредственную, часто сознательную роль в приближении собственной смерти. Она включает:

1. Искателей смерти, намеренно расстающихся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму.
2. Инициаторов смерти, намеренно приближающих ее (например, тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения).
3. Игроков со смертью, склонных испытывать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается очень низкой вероятностью.
4. Одобряющих смерть, то есть тех, кто, не стремясь активно к своему концу, вместе с тем не скрывают своих суицидальных намерений: это характерно, например, для одиноких стариков или эмоционально неустойчивых подростков и юношей в пору кризиса эго-идентичности.

Э. Шнейдманом описаны и выделены общие черты, характерные для всех суицидов, несмотря на разнообразие обстоятельств и методов их совершения. Вместе с Н. Фабероу он ввел в практику метод психологической аутопсии (включающий анализ посмертных записок суицидентов).

Н. Фабероу является создателем концепции саморазрушающего поведения человека. Его подход позволяет более широко взглянуть на проблему, имея в виду не только завершенные самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения: алкоголизм, токсикоманию, наркотическую зависимость, пренебрежение врачебными рекомендациями, трудовоголизм, делинквентное поведение, неоправданная склонность к риску, опрометчивый азарт. Этот подход позволил Н. Фабероу разработать принципы современной профилактики самоубийства и стать инициатором создания центров их профилактики в США, а затем во многих странах мира.

2.4. Этапы развития суицидального поведения

Жизнь прошла... Закружились карусели...

Ну, а я не знаю, как мне быть.

Я б сумел тебя, Сергей Есенин,

Не в стихах – так в петле заменить!

Евтушенко Е. А. Ночь поэзии

Под суицидальным поведением понимаются любые внутренние и внешние формы психических актов, направленные представлениями о лишении себя жизни. В результате исследований установлено, что суицидальное поведение, как бы быстро оно не разворачивалось, всегда имеет постоянные компоненты своей динамики. Схема, иллюстрирующая механизм развития суицидального поведения, приведена на рис. 1.

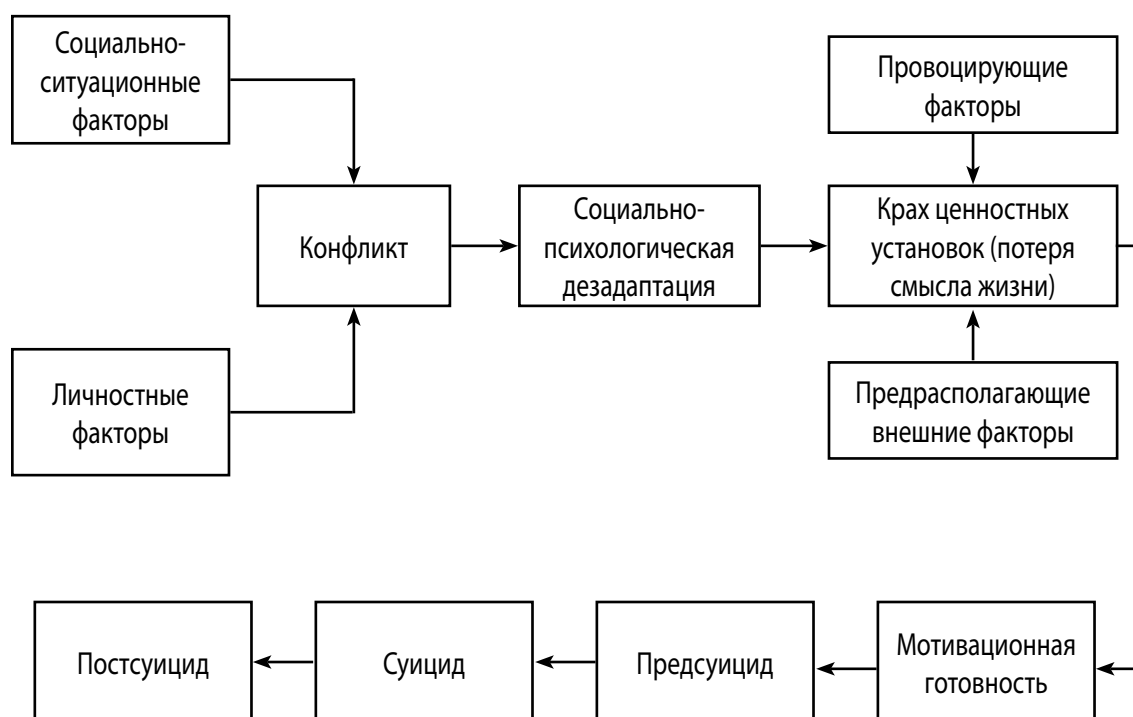


Рис. 1. Механизм развития суицидального поведения (по Э. Дюркгейму)

Самоубийству предшествует предсуйцид. Он включает в себя две фазы: predispositional и собственно суицидальную.

Predispositional фаза характеризуется исключительно высокой активностью человека по выходу из кризисной ситуации (период

поиска «точки опоры»). Но эта активность не сопровождается суицидальными исполнительными действиями. По мере того, как исчерпываются варианты разрешения ситуации, порождается мысль о ее неразрешимости. На этом этапе суицидент остро ощущает невыносимость существования в сложившихся условиях и предположительно констатирует отсутствие желания жить, но мысли о самоубийстве блокируются механизмами защиты. В этих условиях еще сохраняется возможность оказать помощь и поддержку человеку, вывести его из тупика.

Суицидальная фаза предсуицида начинается после дальнейшего углубления дезадаптации суицидента, если до этого он не нашел варианта выхода из кризиса и не получил надлежащей помощи и поддержки. Данная фаза характеризуется тем, что у человека возникают суицидальные мысли, а позднее – и обдумывание способа суицида. На этом этапе, как правило, необходимо вмешательство специалистов (психологов и психиатров). Следует отметить, что суицидальная фаза предсуицида, начало которой связано с появлением суицидальных замыслов, длится вплоть до покушения на свою жизнь.

Суицид является динамическим процессом, состоящим из трех этапов:

I. Этап суицидальных тенденций. Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. Суицидальные тенденции могут привести к завершённому суициду, результатом которого является смерть человека.

На этом этапе осуществляется превенция суицида, то есть его предотвращение на основании признаков суицидальных намерений. Как замечал Э. Шнейдман: «унция профилактики, несомненно, стоит фунта лечения». Задача массовой профилактики среди населения состоит в повышении психологической культуры.

II. Этап суицидальных действий. Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под суицидальной попыткой понимается сознательное стремление лишиться себя жизни, которое по не зависящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание медицинской помощи) не было доведено до конца. Самоповреждения, напрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленное на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название парасуицида. Парасуициды обычно не предусматривают

смертельного исхода, но могут «переигрываться», приводя к летальному исходу.

На этом этапе осуществляется процедура психологической интервенции. Она представляет собой процесс вмешательства в суицидальные действия для предотвращения суицида и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему психологической помощи по выходу из предсуицидального кризиса. Главная задача интервенции состоит в том, чтобы помешать человеку совершить акт суицида, а не в том, чтобы изменять структуру личности или излечить нервно-психическое расстройство. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

Однако форма поведения человека в это время отражает индивидуальный подход к самоубийству, что позволяет выделить ряд личностных стилей суицидентов.

1. Импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний.
2. Компulsiveный: установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна, и при соотнесении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду.
3. Рискующий: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.
4. Регрессивный: снижение (по разным причинам) эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью.
5. Зависимый: беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки.
6. Амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти.
7. Отрицающий: преобладание магического мышления, в силу чего отрицаются конечность самоубийства и его необратимые последствия. Отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск.
8. Гневный: затрудняются выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой.
9. Обвиняющий: убежденность в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.

10. Убегающий: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать или уйти от психотравмирующей ситуации.
11. Бесчувственный: притупление эмоциональных переживаний.
12. Заброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.
13. Творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

Подготовка к суициду. При истинном суициде намерение покончить с собой развивается в течение длительного времени – подготовка к акту суицида может занимать от нескольких дней до нескольких лет. Суицидент долго анализирует причины и возможные последствия самоубийства, рассматривает различные способы и оценивает их эффективность и надёжность, планирует наиболее надёжный сценарий суицидального действия. Достаточно часто при планировании и подготовке акта суицида суицидент учитывает анатомию и физиологию организма человека, физиологию процесса умирания (агония, клиническая и биологическая смерть). Непосредственно перед актом самоубийства у суицидента может проявиться так называемое терминальное поведение – человек «приводит дела в порядок»: составляет завещание, просит прощения у старых врагов, делает прощальные подарки друзьям, закрывает счёт в банке, отдаёт долги, проводит в квартире генеральную уборку. Иногда суицидент совершает ряд действий, направленных на уменьшение негативных последствий его суицида для окружающих (например, бреется, моется, переодевается в чистое белье, совершает предварительную дефекацию и мочеиспускание). Психологически это может означать извинение за причинённые неудобства.

В случае если самоубийство оказалось незавершённым, к общей схеме развития суицидального поведения добавляется еще одна фаза – постсуицид.

III. Этап постсуицидального кризиса. Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются поственция и вторичная превенция суицидального поведения. Поственция является системой мер, направленных на преодоление психического кризиса и адресованных не только выжившему суициденту, но и его окружению.

2.5. Классификация и причины суицида

Подшит крахмальный подворотничок
И наглухо застегнут китель серый –
И вот легли на спусковой крючок
Бескровные фаланги офицера.

Пора! Кто знает время сей поры?
Но вот она воистину близка:
О, как недолог жест от кобуры
До выбритого начисто виска!

Движение закончилось, и сдуло
С назначенной мишени волосок –
С улыбкой Смерть уставилась из дула
На аккуратно выбритый висок.

Высоцкий В. С. Попытка самоубийства

Классификация суицида. Суицидальной можно назвать любую внешнюю или внутреннюю активность, направляемую стремлением лишить себя жизни. Выделяются внутренние и внешние суицидальные проявления.

Внутренние суицидальные проявления включают в себя:

- Суицидальные мысли, фантазии на тему смерти («хорошо бы заснуть и не проснуться», «если бы со мной что-нибудь случилось, я бы умер»).
- Суицидальные замыслы: продумывание способов самоубийства, выбор его средств и времени.
- Суицидальные намерения: к замыслу присоединяется волевой компонент, человек настраивает себя на действие.
- Планирование самоубийства: разрабатывается план суицидальных действий.

К **внешним** формам суицидального поведения относятся:

- Суицидальные попытки: целенаправленные акты поведения, направленные на лишение себя жизни, не закончившиеся смертью.
- Самоубийство: действия заканчиваются гибелью человека.

Разные авторы различают от 8 до 16 возможных способов самоубийства. В современной суицидологии принято выделять:

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.

Следует отметить, что каждый из вышеперечисленных способов самоубийства может быть совершен с помощью различных средств – то, что в судебной медицине называют средством самоубийства. Можно повеситься на веревке, ремне, галстуке – все это будут различные средства одного и того же самоубийства.

В практике судебной медицины чаще встречаются следующие виды суицида:

1. Механическая асфиксия от сдавления (повешение).
2. Острое отравление (лекарственные средства).
3. Острая кровопотеря.
4. Падение с высоты.
5. Огнестрельное повреждение (пулевое ранение).

По количественным показателям выделяют *индивидуальное* и *массовые* самоубийства.

Самой распространенной является классификация самоубийств по характеру осуществления. Их разделяют на:

1. *Истинный* (реальный, рациональный, холодный) суицид. Его целью является лишение себя жизни вследствие потери перспектив, человек действительно не хочет жить и стремится к смерти. Истинный суицид не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествуют сниженное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие, даже самые близкие люди, нередко такого состояния человека не замечают (особенно если откровенно не хотят этого). И своеобразный тест на готовность к истинному суициду – размышления человека о смысле жизни. Для детей это достаточно редкий суицид, и чаще он встречается у взрослых.

2. *Демонстративный* (демонстративно-шантажный, шантажный, диалогический). Суицид как определенная игра, когда человек до конца уверен в том, что его спасут. Его мотив – не лишение себя жизни,

а демонстрация этого намерения. Цель демонстрации может быть различной: привлечение к себе внимания, получение какой-то выгоды при разрешении конфликта, получение некоего аргумента в споре с окружающими, психологическое давление на родственников. Самоубийство может выступать в виде мести, призыва, избегания (наказания или страдания), самонаказания, отказа от жизни как таковой (существование тяжело и бесперспективно – у одиноких, беспомощных людей). В данном случае человек подсознательно надеется на то, что он выживет, и его поймут. Для осуществления демонстративно-шантажной суицидальной попытки выбираются время, когда кто-то может прийти, и надёжный способ. Обычно самоубийцы даже не находятся в критическом состоянии, в этом случае у суицидента сохраняется надежда, что его спасут. Такие самоубийцы после соответствующих процедур в реанимационном центре довольно быстро выписываются, и им рекомендуют обратиться к психиатру. По данным различных авторов, демонстративные самоубийства составляют около 50 % от общего числа суицидов. Смертельные исходы в данном случае являются следствием роковых случайностей. Тем не менее, подобные «демонстрации» являются прогностически неблагоприятным фактором с учётом эпидемиологических данных о том, что каждая суицидальная попытка увеличивает риск суицида в два раза.

3. *Суицид как способ освобождения от жизненных проблем.*

4. *Скрытый суицид* (косвенное самоубийство). Вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, игру со смертью, чем на уход из жизни. Это удел тех, кто понимает, что самоубийство – не самый достойный путь решения проблемы, но тем не менее другого выхода найти не может. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение. Это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или профессия, связанная с риском, добровольные поездки в горячие точки, алкогольная или наркотическая зависимость. Безрезультатно убеждать человека в том, что все это опасно для жизни: как правило, именно этой опасности и жаждут скрытые суициденты.

Известный специалист по суицидальному поведению Е. Durkheim (1878) выделил четыре различных типа самоубийств в зависимости от особенностей контактов индивидуума с его социальной средой обитания:

1. «Аномическое» самоубийство, связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями: смерть близкого человека, потеря работоспособности, утрата имущества, несчастная любовь.
2. «Альтруистическое» самоубийство, совершаемое ради блага других людей, общества (чтобы не обременять собой близких, не позорить их в связи с каким-то преступлением или нарушением морали). К этому же типу суицида относятся акты самопожертвования, совершаемые ради каких-либо религиозных или политических идей, а также некоторые примеры суицида в условиях военных действий.
3. «Эгоистическое» самоубийство, связанное с каким-либо конфликтом, неприемлемостью социальных требований, определенных норм поведения, не соответствующих интересам. Самоубийство здесь является формой «ухода» от неблагоприятной социальной ситуации.
4. «Фаталистическое» самоубийство совершается людьми, которые в силу своих личностных особенностей, на определенном этапе жизни не видят дальнейших путей своего развития и воспринимают суицид как естественное завершение своей жизни.

Несколько позже к классификации Е. Durkheim (1897) были добавлены еще три типа самоубийств:

1. «Аффективное» самоубийство. Сопровождается дезорганизацией и сужением сознания. Ему подвержены импульсивные люди, с недостатком самоконтроля, оставшиеся в кризисный момент в одиночестве.
2. «Иммунологическое» самоубийство. Свойственно детям, которые переживают проблемы родителей: развод, болезни, потеря работы. Ребёнок понимает, что может быть лишним, что может помешать счастью матери, и, считая, что его уход может помочь ситуации, совершает попытку самоубийства. Некоторые авторы относят иммунологическое самоубийство к детскому варианту альтруистического самоубийства.
3. «Аномическое» самоубийство. Аномия (от франц. *anomie* – отсутствие закона, организации) – нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, характеризующееся разложением системы ценностей, обусловленным кризисом общества, противоречием между провозглашенными целями и невозможностью их реализации для большинства. Выражается в отчужденности человека от общества, апатии, разочарованности в жизни, преступности. Понятие аномии введено Э. Дюркгеймом, теория аномии разработана Р.К. Мертонем.

Существует классификация по цели суицида и мотиву деятельности:

1. *Протест, месть.* Протестные формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на объективное звено. Мсть – это крайняя форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.
2. *Призыв.* Смысл суицидального поведения типа «призыва» состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности менее активна.
3. *Избежание* (наказания, страдания). При суицидах «избежания» суть конфликта состоит в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл суицида заключается в избежании непереносимой личной угрозы путем самоустранения.
4. *Самонаказание.* «Самонаказание» можно определить как внутриличностный протест; интрапсихический конфликт при своеобразном расщеплении «Я» и сосуществовании двух ролей: «Я-судьи» и «Я-подсудимого». Смысл суицидов самонаказания имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» («суицид по решению судьбы», «решение сверху») и «искупления вины» («суицид подсудимого», «инициатива снизу»).
5. *Отказ.* Если в предыдущих четырех типах цель суицида и мотив деятельности не совпадали, что давало основания квалифицировать суицидальное поведение как действие, то при суицидах «отказа» обнаружить заметное расхождение цели и мотива не удастся. Иначе говоря, мотивом является отказ от существования, а целью – лишение себя жизни.

Представляется перспективной классификация суицидального поведения через анализ суицидальной попытки. Так, В. А. Тихоненко (1978) принимая во внимание степень желаемости смерти, дополнил теорию суицидальной попытки несколькими связанными видами поведения:

Во-первых, он выделяет демонстративно-шантажное суицидальное поведение, имеющее своей целью демонстрацию намерения умереть.

Во-вторых, автор говорит о самоповреждении или членовредительстве, которые вообще не направляются представлениями о смерти и ограничиваются лишь повреждением того или иного органа.

В-третьих, подобное поведение может быть просто результатом несчастного случая.

Таким образом, диагностика суицидального поведения должна основываться на точной оценке степени желаемости смерти. Например, самопорезы бритвой в области предплечья могут быть отнесены:

- а) к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери;
- б) к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью было продемонстрировать окружающим намерение умереть;
- в) к самоповреждениям, если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль или усилить состояние наркотического опьянения путем кровопотери;
- г) к несчастным случаям, если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов».

Причины суицида. Причины самоубийства, как и любых других поступков, могут быть различными. Причина – это все то, что вызывает и обуславливает суицид.

Прежде всего, самоубийства связывают с потерей смысла жизни. В. Франкл указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения.

Основной причиной суицидальных действий считают социально-психологическую дезадаптацию личности.

А. Г. Амбрумова и ряд других исследователей расценивают суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Социально-психологическая дезадаптация как несоответствие организма и среды, может проявляться в разной степени и в разных личных формах. А. Г. Амбрумова различает лимитирующую (непатологическую) и трансформирующую (патологическую) дезадаптацию. Каждая из этих форм может быть парциальной (частичной) и тотальной (всеобщей) (Змонановская Е. В., 2003).

Помимо главной причины суицида, существуют еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности).

От причины следует отличать условие и повод. Под условием понимают такой комплекс явлений, который хоть и не порождает конкретные

следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. Поводом для совершения суицида может быть любое, внешне малозначительное событие.

Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям (Шнейдман Э., 2001). Причин довольно много. Основные из них:

1. Неурядицы в личной жизни.
2. Несчастливая любовь.
3. Тотальные неудачи в общении с противоположным полом.
4. Непонимание окружающими, одиночество.
5. Проблемы на работе.
6. Несправедливость по отношению к себе.
7. Целенаправленная травля (в том числе доведение до самоубийства).
8. Физические издевательства (изнасилования, побои).
9. Финансовые проблемы.
10. Потеря смысла жизни.
11. Потеря интереса к жизни, усталость от жизни.
12. Проблемы со здоровьем (эвтаназия в штате Флорида в США также формально является самоубийством, так как, согласно закону, больной должен вводить препарат себе сам).
13. Самоубийство для сохранения чести (сэппуку).
14. Желание начать жизнь заново (для верующих в реинкарнацию).
15. Нереализованность в жизни (творческая, профессиональная).
16. Ощущение счастья, которое самоубийца считает недостижимым в будущем.
17. Психические расстройства.
18. Приём психоактивных веществ.
19. Религиозный фанатизм (обычно распространённый в тоталитарных сектах), ритуальное самоубийство.
20. Идеологические (политические, неприятие ценностей социума в целом).
21. Военные (самоубийство с целью нанесения урона противнику и/или избежание плена).
22. Вынужденное самоубийство (по приговору суда, под угрозой мучительной смерти или расправы с близкими родственниками).
23. Смерть кого-то из родных или друзей.
24. Подражательное самоубийство (после аналогичных смертей известных личностей или литературных персонажей).

Султанов А. А. (1983), изучая причины суицидального поведения у практически здоровых подростков и юношей, выделил три основные группы факторов:

1. Дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний.
2. Конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения.
3. Алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации.

Непосредственные причины, толкнувшие человека на отказ от жизни, как правило, тесно связаны с его ближайшим окружением – семьей, родителями, друзьями. Главным звеном в решении этого вопроса является сам человек, от силы его личности зависит, не сдастся ли он под влиянием длительных, травмирующих психику, обстоятельств (Кондрашенко Т. В., Игумнов С. А., 2004).

D. Seyer (1979), анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, выделил четыре основные причины самоубийства:

1. *Изоляция* (чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется).
2. *Беспомощность* (ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, всё зависит не от тебя).
3. *Безнадежность* (когда будущее не предвещает ничего хорошего).
4. *Чувство собственной незначимости* (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя).

Одной из важнейших причин суицида является **депрессия**. В состоянии депрессии самоубийство воспринимается как избавление от отчаяния, безнадежности, мучительной неудовлетворенности собой, боли (особенно постоянной), неизлечимого или изолирующего от общества заболевания (злокачественные опухоли, СПИД), безрадостной старости, мрачного и безнадежного будущего. Именно безнадежность и отчаяние отражены в предсмертной записке Джеймса Форрестала (министра обороны США, покончившего с собой 22 мая 1949 года). Он процитировал строки из трагедии Софокла «Аякс»: «Какая радость день за днём влачить, И только лишь отодвигать кончину?»¹. Самоубийство может быть также следствием **расстройства мышления** при психозе, особенно у больных шизофренией. Они слышат голоса,

¹ Перевод С. В. Шервинского.

приказывающие им умереть либо утверждающие, что они недостойны жить. Под воздействием **токсических или наркотических веществ** больной может выпрыгнуть из окна, будучи уверенным в своей способности ходить по воздуху или летать.

Хорошо известны случаи **принесения себя в жертву** по религиозным, националистическим, политическим мотивам. Иногда такие самоубийства обусловлены нераспознанным психотическим состоянием. Люди, исповедующие восточные религии, могут рассматривать самоубийство как способ возродиться в другой жизни. Самоубийство может быть актом мести («Вы пожалеете, когда я умру») или отражать стремление воссоединиться с умершим. Добровольный уход из жизни, связанный с невыносимым физическим или эмоциональным страданием либо с неизлечимой болезнью, иногда называют **рациональным самоубийством**.

Согласно Durkheim (1878) – первому исследователю роли социальных факторов в совершении самоубийств, в различных социальных условиях по-разному представлен риск развития суицидального поведения. Увеличение количества самоубийств отражает неблагополучие общества.

2.6. Эпидемиология суицидального поведения

Проф. Сикорский на основании официальных данных исследовал вопрос о самоубийстве среди русских врачей. Он нашел, что «в годы от 20 до 35 лет самоубийства врачей составляют почти 10 % обычной смертности, т. е. в эти годы из десяти умерших врачей один умирает от самоубийства». Цифра эта до того ужасна, что кажется невероятной.

Вересаев В. В. Записки врача

По данным ВОЗ, в мире ежегодно совершается почти 900 тысяч самоубийств. Это значит, что каждые 40 секунд происходит одно самоубийство.

Распространенность самоубийств. Суицидальное поведение представлено неравномерно в разных регионах мира. Согласно данным ВОЗ, в конце 1960-х годов оно было особенно характерно для высоко-развитых стран. В 1968 году сообщалось, что в восьми развитых стра-

нах самоубийства занимают третье место, после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, как причина смерти людей в возрасте между 15 и 45 годами. Указывались такие страны, как Австрия, Венгрия, Дания, Канада, Финляндия, ФРГ, Швеция. При этом первое место занимает Венгрия: в 1966 году на 100 тыс. чел. населения совершалось 29,8 самоубийства. Для сравнения: в Канаде – 8,6; во Франции – 15,0; в Австрии – 23,1.

Статистика самоубийств сложна, поскольку в общественном сознании суицид часто связывается с чьим-либо «позором» или «виной», то родственники или ближайшее окружение заинтересовано в фальсификации реальных фактов. Кроме того, статистические данные о суициде могут быть занижены из-за того, что не всегда удается отличить самоубийство от несчастного случая. В то же время цифры, получаемые из разных источников, хорошо сходятся. Ежегодно убивают себя около 500 тыс. жителей Земли. Так, во Франции, по-видимому, ежегодно совершается 20 тыс. самоубийств, в Японии – 25 тыс., в США – 25–35 тыс. чел. (12–13 на 100 тыс. чел. населения).

Россия в последнее время вышла в первую пятерку мировых лидеров по количеству самоубийств. По информации ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского, каждый год в Российской Федерации суицид совершают около 60 тыс. человек. По данным современных исследователей, в настоящее время за один день в России в среднем кончают жизнь самоубийством 165 чел. Всего с 1955 по 2003 годы в России покончили с собой 500 тыс. чел. Хотя официальная статистика самоубийств значительно отличается от реальных цифр, как минимум, в два раза, так как в нее попадают только явные случаи. Ничем не фиксируются случаи неудавшихся попыток ухода из жизни, количество которых в 7–10 раз больше, чем законченных самоубийств (Дмитриева Т. Б., 2006).

Закономерности распространенности самоубийств. В мире наблюдается тенденция к увеличению числа суицидов, что связывается как с улучшением их регистрации, так и с общим старением населения в развитых странах.

Сопоставление и анализ данных по статистике суицида в 43 странах дает основание утверждать, что уровень самоубийств выше в тех странах, которые характеризуются высоким уровнем жизни (Бородин С. В., Михлин А. С., 1983).

Отмечается, что самоубийства совершаются чаще в весеннее время. Это явление обычно пытаются объяснить особенностями сезонных

биоритмов. Максимум суицидов приходится на май, минимум – на декабрь.

Соотношение между мужчинами и женщинами при совершаемых самоубийствах – 4:1, в то время как при суицидальных попытках оно составляет 1:2 (Miller, 1973), то есть попытки совершить самоубийство у женщин отмечаются приблизительно в два раза чаще, чем у мужчин, однако суицидальное поведение мужчин чаще приводит к трагическому исходу.

Суицидальные попытки чаще отмечаются у лиц 30–35 лет, а завершенных суицидов больше в возрасте 55–60 лет. Суицидальное поведение характерно для кризисных периодов жизни: юношеского и молодого возрастов, а также начинающейся старости. В последнее время значительно увеличилось число самоубийств молодых людей, и суицидальное поведение зарегистрировано даже среди детей.

Отмечается, что суицидальное поведение определенным образом коррелирует с гражданским состоянием. Среди самоубийц наиболее высокий процент одиноких людей. Разведенные и овдовевшие мужчины в 4–5 раз чаще совершают самоубийства.

Ringel (1961) и Stengel (1973) обращают внимание на значение социального положения: наиболее часто самоубийства совершают лица из высших или низших социальных слоев. Сравнительно часто самоубийства совершают врачи и студенты. В городах суицидальное поведение встречается чаще, чем в сельской местности. По данным из США, количество самоубийств у иммигрантов выше, чем у местных жителей.

Предварительно дают знать о своих намерениях окружающим 80,0 % самоубийц, хотя способы сообщения завуалированы. Предварительно прямо сообщают о своих намерениях 38,0 % самоубийц. У 6,0 % покончивших с собой один из родителей был самоубийцей. Около 12,0 % совершивших суицидальную попытку не позднее чем через 2 года повторяют ее и достигают желаемого. Около 80,0 % покончивших с собой пытались сделать это в прошлом, по крайней мере однажды (Бехтерев В. М., Булацель Т. Ф., 1997).

Кончают жизнь самоубийством около 10,0 % больных шизофренией – чаще всего в молодом возрасте, когда человека не удерживают ни семья, ни постоянная работа. Нередко такие больные совершают самоубийство вскоре после выписки из стационара, если лечение не дает существенного улучшения. У больных, госпитализированных по поводу эмоциональных расстройств, риск самоубийства в течение жизни составляет около 10,0 %. Приблизительно 90,0 % жертв само-

убийства страдают психическими нарушениями (иногда диагноз устанавливается лишь при расспросе родных и друзей после смерти).

Таблица 4

Статистические данные по проблеме суицида (по данным ВОЗ, 2008)

Имеющиеся сведения	Показатели (%)
Причины суицида	
Неизвестно	41
Страх перед наказанием	18
Душевная боль	18
Домашние огорчения	11,3
Страсть	6
Финансовые потери	3
Соматические заболевания	1,2
Пресыщенность жизнью	1,5
Время совершения самоубийства	
Первая половина дня	44
Вторая половина дня	32
Ночь	24
Место совершения самоубийства	
Дома	46
На улице	30
В гостях	16
На месте учебы или работы	8
Способы суицида	
Самоповешение	81,7
Самоотравление	9,5
Самоубийство при падении с высоты	2,9
Самоубийство с помощью огнестрельного оружия	2,9
Самоутопление	2,1
Самосожжение	0,9
Прощальные записки оставляют 44,0 % самоубийц. Они адресованы	
Всем	20
Близким	12
Начальникам	8
Безадресны	4
Взаимоотношения	
Общались с несколькими людьми	60
Общались с широким кругом лиц	24
Были замкнуты, избегали общения	16
Материальное положение	
Неудовлетворительное	56
Удовлетворительное	44

Имеются данные исследований о роли религии в суицидальном поведении. Ряд католических стран (Италия, Испания, Португалия) характеризуется низким количеством самоубийств, однако Венгрия, Франция, Австрия – высоким. В связи с тем, что Коран запрещает посягательство на свою жизнь, в исламских странах самоубийства

сравнительно редки (за исключением суицидального поведения в рамках «священной войны», для нанесения максимального ущерба противнику).

Некоторые официальные данные, касающиеся суицида, представлены в табл. 4.

2.7. Правовые и деонтологические аспекты суицида

Иные, прикрываясь словами о гуманизме, стенают о суровости приговора... Попадись эти молодчики с чёрной совестью в памятные двадцатые годы, когда судили, не опираясь на строго разграниченные статьи Уголовного кодекса, а «руководствуясь революционным правосознанием», ох, не ту меру наказания получили бы эти оборотни!

Шолохов М. А.¹

С точки зрения права, самоубийство относится к роду насильственной смерти и является основанием для проведения дознания на предмет наличия уголовного преступления против жизни (убийства). По каждому случаю самоубийства органами дознания проводится расследование с обязательным назначением судебно-медицинской экспертизы для установления причины смерти и характера телесных повреждений.

Самоубийство – наиболее частый повод для обвинения психиатров и психологов в преступной халатности. Поэтому необходимо тщательно документировать все действия по выявлению риска и предотвращению самоубийства, а также ход лечения. Если самоубийство все же совершается, врачу и психологу сразу следует оградить себя от возможных обвинений в недобросовестности. Решающее значение может иметь беседа с семьей покойного. С юридической точки зрения, общение с семьей покойного имеет свои сложности: нередко родственники покойного, вопреки всякой логике, считают врача виновным, а любое сочувствие с его стороны – стремлением избежать разбирательства. Далеко не все способны понять, что самоубийство может быть следствием болезни или эмоционального страдания.

¹ Шолохов М. А. Из выступления на XXIII съезде КПСС (1966), высказывание по поводу судебного процесса против писателей А. Д. Синявского и Ю. М. Даниэля.

В последние годы положение как психиатров, так и больных усложнилось: из-за повышения стоимости пребывания в стационаре произошло ужесточение критериев и сокращение сроков госпитализации. Известны случаи, когда дежурный врач отказывал больному в госпитализации, ссылаясь либо на недостаточную остроту суицидальных побуждений, либо на их постоянный характер.

2.8. Социальные факторы в совершении самоубийств

Улыбнулась и вздохнула,
Догадавшись о покое,
И в последний раз взглянула
На ковры и на обои.

Красный шарик уронила
На вино в узорный кубок
И капризно помочила
В нём кораллы нежных губок.

Гумилев Н. С. Самоубийство

Суицид – важная проблема современного общества, в котором причиной суицида часто являются социально-экономические факторы (безработица, низкий уровень жизни, инфляция, отсутствие социальных гарантий). Другой причиной, способствующей росту числа суицида преимущественно среди молодежи, являются распространённость алкоголизма, наркомании, преступности; кризис духовных ценностей и морали, приводящий к утрате идеалов, перспектив и смысла жизни.

«Общество множит ряды самоубийств» – этот тезис с особой силой зазвучал в XX веке, когда связь общественно-исторических процессов с личной трагедией индивида стала очевидной. Эту связь в большей или меньшей степени можно проследить во всей истории общественного развития человека. В определенных ситуациях общество требует от своих членов самопожертвования, и эти социальные ожидания заложены в общественных нормах, правилах поведения и неписаных кодексах чести, что находит свое отражение как в системе воспитания, так и в многочисленных произведениях искусства.

Эффект Вертера. Среди социальных факторов, влияющих на самоубийства, особую роль играют некоторые культурные явления.

Так, классик немецкой литературы – И. В. Гёте в 1774 году издал роман «Страдания юного Вертера» (нем. *Die Leiden des jungen Werthers*). Сентиментальный роман в письмах на фоне картины немецкой действительности отражает жизнь и драматические личные переживания молодого человека, который в страдая от несчастной любви, заканчивает жизнь самоубийством. Первое издание романа вышло осенью 1774 года к Лейпцигской книжной ярмарке и сразу стало бестселлером. Переработанное издание увидело свет в 1787 году. Роман подарил И. В. Гёте славу во всей Германии – ни одно из его сочинений не было прочитано стольким количеством современников. Распространение романа вызвало в Европе эпидемию подражающих самоубийств, что впоследствии было названо эффектом Вертера. Этот эффект был так силен, что в ряде государств власти запретили распространение книги.

В 1974–1975 годах социолог Дэвид Филлипс из Калифорнийского университета в Сан-Диего (США), исследовал волну подражающих самоубийств, прокатившуюся по всей Европе в конце XVIII века, спровоцированную распространением вышеназванного романа И. В. Гёте. Для описания этого нежелательного феномена, существующего в современном мире, Д. Филлипс предложил термин: эффект Вертера – возникновение волны массовых подражающих самоубийств, которые совершаются после самоубийства, широко освещённого в СМИ (главным образом телевидением и периодическими изданиями).

Продолжая исследование, Филлипс и его коллега – Карстенсен – изучали существование такой взаимосвязи на протяжении 7 лет (1973–1979 гг.), взяв данные о 12 585 самоубийствах подростков и проследив их связь с телерепортажами о самоубийстве в новостях и статьями первых полос газет. Они обнаружили, что число самоубийств значительно возрастало по прошествии 0–7 дней после такой истории в новостях. Это увеличение коррелировало ($r = 0,52$) с количеством программ, передававших репортаж. Такая корреляция имела значение только для подростков, а не для самоубийств взрослых людей, и была гораздо сильнее для девочек, чем для мальчиков.

Наконец, изучив статистические данные о самоубийствах в Соединенных Штатах Америки с 1947 по 1968 год, Д. Филлипс обнаружил, что в течение двух месяцев после каждой громкой публикации о самоубийстве, в среднем суициды совершало на 58 человек больше, чем обычно.

Филлипс отметил сходство между ситуацией первого ставшего знаменитым самоубийцы и ситуациями тех, кто покончил с собой вслед за

ним (если самоубийца был в зрелом возрасте, то возрастали самоубийства среди пожилых людей; если принадлежал к определенному социальному кругу или профессии, то учащались самоубийства в этих сферах), а также сходство между первым и последующими способами сведения счётов с жизнью. Реакция имитации суицида свойственна и неуверенным в себе, привыкшим во многом брать пример с других людей, особенно если их жизненная ситуация напоминает жизненную ситуацию человека, наложившего на себя руки. Отчаявшись, не видя иного решения своей проблемы, они нередко воспринимают известие о чьем-то самоубийстве как своеобразную подсказку и принимаются копировать действия тех, кто во многом на них похож.

В Австрии, где в 1980-е годы чрезвычайно выросло количество самоубийств в метро, в 1987 году Венский центр кризисной помощи совместно с сотрудниками венского метрополитена пошли на своеобразный эксперимент: решили больше не освещать факты «смерти на рельсах» или, по крайней мере, не «раздувать» из них сенсации, уделяя данным происшествиям минимум внимания. Уже через месяц количество самоубийств в метро снизилось почти в 3 раза. С тех пор в австрийской прессе действует запрет на освещение подобных трагических событий.

Волну самоубийств, прокатившуюся после смерти Мэрилин Монро (англ. Marilyn Monroe, 1926–1962), Дэвид Филлипс также приписал действию эффекта Вертера.

Средства массовой информации умножают эффект психологического заражения суицидом, основанного на подражании кумирам. Придание широкой гласности факторов самоубийств кумиров может служить толчком к самоубийству других людей (особенно уязвима возрастная группа 19–30 лет). Так, в 1970 году за суицидом японского писателя Юкиа Масима, соискателя Нобелевской премии по литературе, последовала целая серия самоубийств японцев самого разного возраста.

Довольно широко распространено мнение, что во время войн и революций кривая самоубийств ползет вниз. С одной стороны, цифры свидетельствуют об этом. С другой стороны, реальное количество добровольно стремящихся уйти из жизни в такие периоды истории не может подсчитать статистика – ведь никто не считает самоубийцей человека, подставившего себя под пули на поле боя. И не случайно одним из распространенных видов самоубийств среди русских офицеров являлось прошение об отправке на Кавказ «в поисках пули горцев».

В определение самоубийства, даваемое современными специалистами, входит не только намеренное лишение себя жизни, но и отказ от реальных возможностей избежать смерти в критической ситуации. А в таких ситуациях в военное время нет недостатка, кроме того, насильственная смерть в эти периоды истории является настолько обычным явлением, что преднамеренность некоторых случаев не является предметом изучения. Поэтому хотя во время войны и наблюдается действие механизма переноса накопленной агрессии против своего «я» на других людей, принадлежащих к «лагерю врагов», исследователи затрудняются однозначно ответить на вопрос о влиянии войн на суициды.

Одна из важных тенденций – это связь самоубийств с общественно-политической обстановкой в стране, и здесь четко прослеживается закономерность уменьшения суицидов при оживлении в политике, экономике и культурной жизни общества и увеличения суицидов при политических и социально-экономических кризисах. Потеря надежд после общественного подъема, как правило, усугубляет кризис общественного сознания и способствует добровольному отказу от жизни наиболее слабых членов общества. Особенно сильно это проявляется в обществе, переживающем упадок и не имеющем перспектив для развития. В обществе без будущего много самоубийц; не случайно такое распространение получил суицид в период распада Римской империи; с сильными общественными кризисами совпало развитие суицидальных мотивов в учении стоиков и эпикурейцев, возникновение Александрийского общества добровольного ухода из жизни.

Одним из факторов, способствующих сокращению числа случаев суицида в современном обществе, является наличие у людей пакета социальных гарантий, твердая уверенность в завтрашнем дне, экономическая стабильность.

Возможность выбора работы по желанию, гарантированная психологическая и медицинская помощь, четко организованная система социального обеспечения, общность интересов в референтной группе, возможность творческого самовыражения, духовного роста, формирование активной жизненной позиции – все это служит профилактикой утраты человеком интереса к жизни, торможения и угасания у него рефлекса цели, а значит, и предупреждением суицида.

Вместе с тем попытки раскрыть причины суицида, ограничиваясь социальными факторами, потерпели неудачи, что указывает на полиморфность действующих факторов, важное место среди которых занимают специфические культурные особенности, освещенные в следующем разделе.

2.9. Ложные представления о суициде

Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, – значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Все остальное – имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориям – второстепенное¹.

Камю А.

В обществе существует несколько распространенных ложных представлений о самоубийстве, они приведены в табл. 5.

Таблица 5

Ложные представления о суициде

(адаптировано из Schneidman E. S., Farberow N. L., 1971)

Бытующее мнение	Фактическое положение
Те, кто много говорят о самоубийстве, обычно его не совершают.	Большинство самоубийц перед смертью делятся своими намерениями и горестями.
Самоубийство – импульсивный акт, совершаемый внезапно.	Существует множество признаков повышенного риска самоубийства. Исследования показали, что суицидальный кризис может длиться несколько недель, и даже месяцев.
Самоубийство невозможно предотвратить.	Психологический кризис – явление временное, и если в этот момент человек получит психологическую помощь, то он может отказаться от суицидальных намерений.
Решившиеся на самоубийство редко колеблются.	Самоубийству обычно предшествуют попытки найти утешение и помощь.
Склонность к самоубийству генетически наследуется.	Хотя самоубийства и попытки самоубийства действительно чаще совершаются теми, у кого в семье уже были подобные случаи или покончил с собой кто-то из близких друзей, предрасположенность к самоубийству не наследуется и не является чертой характера.
Прием алкоголя помогает снять суицидальное переживание.	Алкоголизация зачастую вызывает обратный эффект: повышается тревога, обостряются внутриличностные конфликты, что повышает вероятность суицида. Более 50 % суицидов совершены в состоянии алкогольного опьянения.
Риск самоубийства носит кратковременный характер; когда кризисная ситуация проходит, обычно наступает улучшение.	Улучшение может быть обманчивым. Под внешним спокойствием может скрываться твердо принятое решение, а некоторый подъем сил иногда лишь помогает выполнить задуманное.
Если человек совершил попытку самоубийства, он никогда не повторит ее снова.	При наличии в анамнезе суицидальной попытки риск повторной попытки очень высок. Вероятность завершеного суицида в первые 1–2 месяца составляет около 60–80 %.
Снижению уровня самоубийств способствуют статьи в СМИ, рассказывающие о том, как и почему было совершено самоубийство.	В СМИ должен сообщаться не сам факт самоубийства, а то, как суицид можно предотвратить.

¹ Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде // Сумерки богов. – Москва : Прогресс, 1989.

Таким образом, вокруг сложного социально-психологического феномена – суицида – существует множество бытовых и псевдонаучных представлений, затрудняющих беспристрастную оценку этого неоднозначного явления.

3. Возрастные и психопатологические аспекты суицида

3.1. Особенности детского и подросткового суицидов

Гамлет

Когда б он сам мог дать себе расчет
Простым кинжалом? Кто бы плелся с ношей,
Чтоб охать и потеть под нудной жизнью,
Когда бы страх чего-то после смерти –
Безвестный край, откуда нет возврата
Земным скитальцам, – волю не смущал,
Внушая нам терпеть невзгоды наши
И не спешить к другим от нас сокрытым?¹

Шекспир В. Гамлет, принц Датский

Опасность суицидального поведения у детей велика в атмосфере ненависти, агрессии, грубости, несправедливости, ранящей глубокие детские чувства, – всего того, что делает ребенка потерянным и одиноким. Самоубийства детей часто бывают связаны не столько со стремлением умереть, сколько со стремлением избежать тяжелых семейных ситуаций и страхом перед ними. Более 92,0 % случаев суицида в среде детей подростков спровоцированы школой и семьей. Неправильное одностороннее воспитание в духе максимализма также может быть причиной повышенного риска самоубийства, особенно в тех случаях, когда у детей отсутствует чувство, что родители их любят. К совершению самоубийства ребенка может привести воспитанное родителями или окружающими чувство вины, выражающееся в том, что ребенок оценивает себя ниже других, считает себя «плохим», не имеет чувства самоуважения.

Во многих случаях суицидальное поведение развивается у детей, отцы которых (реже матери) страдают алкоголизмом или другими формами аддиктивного поведения. Этот вопрос не надо рассматривать упрощенно, полагая, например, что достаточно злоупотребляющему алкоголем отцу прекратить выпивки – и ситуация исправится. Нельзя забывать, что речь идет об аддиктивном поведении отца, которое может сменить свое содержание, оставаясь аддиктивным, а настоящие эмоции к детям могут и не проявиться. Следует подчеркнуть то, что причиной самоубийств детей могут явиться психические травмы,

¹ Шекспир В. Гамлет, принц Датский / Пер. М. Л. Лозинского // Шекспир У. Полное собрание сочинений: в 8 т. Т. 6. – Москва : Искусство, 1960. – С. 5–158.

полученные в школе при формальном, бездушном отношении к детям, воспитание по типу предъявления завышенных требований.

Причины, предпосылки и условия проявления суицида. Общей причиной суицида является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Однако для детей и подростков это чаще всего не тотальная дезадаптация, а нарушения общения с близкими, с семьей.

Считается, что суицидом личность пытается изменить обстоятельства своей жизни: избавиться от невыносимых переживаний, уйти из травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Суицидальное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», в нем могут проявляться черты патологического упрямства в преследовании цели любой ценой. Нередко этот акт отчаяния, когда личности кажется, что она исчерпала все свои силы и возможности повлиять на ситуацию.

Предпосылками аутодеструктивного поведения и суицида являются апатия, неверие в личные перспективы, снижение творческой и витальной активности в результате психической травмы. Суицидальное поведение у подростков часто объясняется отсутствием жизненного опыта и неумением определить жизненные ориентиры. Помимо этих причин существуют факторы, значительно повышающие риск подросткового суицида:

1. Потеря любимого человека из ближайшего окружения или высокомерно отвергнутое чувство любви.
2. Уязвленное чувство собственного достоинства.
3. Крайнее переутомление.
4. Алкогольное или наркотическое опьянение.
5. Токсикомания и наркомания.
6. Отождествлением себя с авторитетным человеком, совершившим самоубийство.
7. Состояние фрустрации или аффекта в форме острой агрессии, страха, когда человек утрачивает контроль над своим поведением.

Для установления причин суицидального поведения важное значение имеют их мотивы и поводы, позволяющие судить о конкретных обстоятельствах, которые приводят к этому. К сожалению, установить мотивы и причины не всегда удастся из-за недостатка сведений.

Следует отметить, что наличие психотравмирующей ситуации – недостаточное условие для проявления суицида. Вторая составляющая – личностные особенности суицидента. Обнаруживается ряд особенностей личности, не позволяющих ей адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым предрасполагающих к суициду. К ним часто относят напряжение потребностей и желаний, неумение найти способы их удовлетворения, отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкий уровень самоконтроля, неумение ослабить нервно-психическое напряжение, эмоциональную нестабильность, импульсивность, повышенную внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта.

У детей и подростков суицид чаще встречается при следующих типах акцентуации личностных черт: истероидный, сенситивный, эмоционально-мобильный, астенический. Усугубляющим фактором является высокий уровень агрессивности подростка.

Парасуицид. В возрасте до 19 лет процент умерших от суицида составляет 4,2 % от других возрастных групп суицидентов. Однако у детей и подростков много так называемых парасуицидальных поступков: фиксации на темах смерти, страх и любопытство к смерти, суицидальные мысли, шантажно-демонстративные суицидальные поступки. Действия подростков направляются не на самоуничтожение, но на восстановление нарушенных социальных отношений.

Дети и подростки с суицидальными намерениями характеризуются отягощенным социальным окружением: неблагополучная семья, одиночество и заброшенность, отсутствие опоры на взрослого. Мотивы суицида, как правило, незначительны: двойка по предмету, обида на взрослого, переживание несправедливого обращения.

Суицидальная готовность возникает на фоне довольно длительных психотравмирующих переживаний, которые способствуют снижению устойчивости к психотравмирующим факторам, росту агрессивности, поведенческому регрессу (обнаруживается неспособность разрешать сложные ситуации).

Психологический смысл детского и подросткового суицидов – крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания умереть нет, представление о смерти крайне неотчетливо, инфантильно. Смерть представляется в виде желательного длительного сна, отдыха от невзгод, способа попасть в иной мир, также она видится средством наказать обидчиков.

Характерные черты детского и подросткового суицидов:

1. Суициду предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в сферах близких отношений (в семье, школе, учебной группе).
2. Конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий.
3. Суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение.
4. Суицидальное поведение демонстративно, в нем есть признаки «игры на публику».
5. Суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманного плана совершения суицида, взвешенного выбора места и времени совершения суицида.
6. Средства самоубийства выбраны неумело (прыжок с балкона 2–3 этажа, малотоксические вещества, тонкая веревка и т. п.).

Признаки, повышающие вероятность суицидальной попытки у подростка:

1. Нарушения сна, потеря аппетита, апатия.
2. Склонность к уединению и отчуждению.
3. Тяжёлые утраты, потери, близких, друзей, несчастная любовь.
4. Серьёзные конфликты в учебном заведении или семье.
5. Побег из дома.
6. Резкие изменения во внешности и поведении.
7. Злоупотребление алкоголем или наркотиками.
8. Разговоры о смерти, записки о самоубийстве, рисунки в черном цвете, отображающие жестокость, особенно направленную на себя.
9. Интерес к литературе религиозно-мистического или философского характера, рассуждения о смысле жизни и её ценности.
10. Чувство безнадежности, тревоги, снижение настроения, плач без причины.
11. Утрата интереса к любимым занятиям.
12. Членство в какой-либо группировке или религиозной секте.
13. Наличие свободного доступа к огнестрельному оружию, ядовитым веществам, сильнодействующим лекарственным средствам.
14. Увлечение азартными играми.

Возрастная динамика отношения к смерти. Психологический смысл детского, подросткового и юношеского суицида – просьба о помощи, стремление привлечь внимание к своему положению. Истинно-

го желания умереть у детей нет, а представление о смерти крайне неотчетливо и инфантильно. У детей всех возрастных категорий существует представление о смерти как о желательном длительном сне, отдыхе от невзгод, способе попасть в иной мир, средстве наказать обидчиков.

Дети-суициденты 6–7 лет представляли смерть как «иное существование». Собственная смерть им кажется глубоким сном, смерть близких – длительным отсутствием. Дети убеждены, что смерть имеет свой конец и когда она закончится, жизнь начнется снова, без прежних трудностей. Дети не испытывают страха перед суицидом.

Дети более старшего возраста (10–12 лет) понимают, что смерть – это исчезновение навсегда, но у них нет понимания, что смерть есть конец жизни. Дети этого возраста убеждены, что суицидальной попыткой они устранят себя из тяжелой ситуации, накажут себя или своих близких на какое-то время, но не навсегда.

В подростковом и юношеском возрасте возникает философский интерес к теме смерти, размышление о смысле жизни. Следует отметить, что это характерно не для всех подростков.

3.2. Аутодеструктивные поведенческие паттерны в подростковом возрасте

Будь осторожен, как слезинка на веке, –
ибо от смерти тебя отделяет всего один шаг¹.

В специфике аутодеструктивных поведенческих паттернов, характерных для подросткового возраста, выделяют две разновидности поведенческих реакций: саморазрушающее и самоповреждающее поведение. Несмотря на то что многие авторы отождествляют саморазрушающее и самоповреждающее поведение, и фактически ставят между ними знак равенства (Валентик Ю. В. и др., 2004; Зуркарнеева З. Л., Менделевич Д. М., 2004; Красильников Г. Т., Мартянова Е. В., 2004; Стрельник С. Н., 2004), между этими типами поведения существует значительное различие (Андронникова О. О., 2009).

Саморазрушающее поведение – аутодеструктивное поведение, для которого свойственно совершение опасных для жизни действий, не связанных с осознанными представлениями о собственной смерти.

¹ Надпись на скале в Горной Бухаре (Памир), повисшей над пропастью; возле горной тропинки. Надпись сделана на таджикском языке. (Из записной книжки В. В. Бианки (ок.1935 г). Сообщил Л. В. Бианки.)

Это широкий спектр аутодеструктивной активности, которая включает в себя действия прямо или косвенно приводящие к причинению ущерба личности (курение табака, употребление алкоголя или наркотических веществ, склонность к риску, азартные игры, хулиганские действия, провокация уличных драк, дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев), но не осознаются как таковые. Достаточно часто эти действия носят провоцирующий характер, то есть представляют собой активность, связанную с причинением ущерба личности в результате осознанной или неосознанной провокации окружающих. По своему содержанию это активность, примыкающая к суицидальной сфере, но таковой не являющаяся.

Самоповреждающее поведение – поведение, связанное с преднамеренным причинением ущерба собственному телу, без желания прекращения жизни. А. А. Зайченко (2007) выделяет следующий перечень поведенческих реакций, связанных в первую очередь с причинением вреда телу посредством:

1. Нарушения пищевого поведения (нервная анорексия и нервная булимия).
2. Нанесение татуировок.
3. Пирсинг.
4. Ряд специфических навязчивых действий (обкусывание ногтей и околоногтевых валиков, касание губ, щипание кожи, вывих суставов пальцев, кусание рук и других частей тела, царапание кожи, вырывание волос).
5. Расчесывание ран, язв, швов, родимых пятен.
6. Самопорезы.
7. Перфорация частей тела с введением в отверстие раневого канала инородных предметов.
8. Удары кулаком (или головой) о предметы и самоизбиение.
9. Уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки и др.).
10. Самоожоги.
11. Неполное самоудушение.
12. Злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения).
13. Глотание коррозионных химикалий, батареек, булавок.

Несмотря на значительные различия саморазрушающего и самоповреждающего поведения, и то и другое поведение связаны с аутодеструктивным паттерном.

Рассматривая основные теоретические подходы к аутодеструктивному поведению, необходимо отметить классификации Ц. П. Короленко, Т. А. Донских (1990). Авторы, анализируя поведенческие девиации, выделяют две группы: нестандартное и деструктивное поведение.

Нестандартное поведение (Короленко Ц. П., Донских Т. А., 1990) имеет форму нового мышления или идей, а так же действий, выходящих за рамки социальных поведенческих стереотипов (например, деятельность революционеров, оппозиционеров, новаторов).

Деструктивное поведение (Короленко Ц. П., Донских Т. А., 1990) имеет две формы:

1. Внешнедеструктивное поведение, направленное на нарушения социальных норм.
2. Внутريدеструктивное поведение, направленное на дезинтеграцию самой личности, ее регресс. Направление деструкции зависит от преобладающей цели. В группе внутريدеструктивного поведения выделяют суицидное, конформистское, нарциссическое, фанатическое и аутическое поведение. Аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение обозначается как поведение, отклоняющееся от медико-психологической и социальной норм, угрожающее целостности и развитию самой личности. Рассматриваются следующие формы поведения: суицидальное поведение, пищевая или химическая зависимость, фанатическое поведение, аутическое поведение, деятельность с выраженным риском для жизни (экстремальные виды спорта, существенное превышение скорости при езде на автомобиле и др.).

А. Г. Амбрумова, Е. Г. Трайнина, Н. А. Ратинова (1990) рассматривают подобные типы поведения через феномен агрессии и выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения:

- 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 (или заведомо неопасные для жизни).

Н. Фейбероу впервые описал и систематически исследовал различные формы саморазрушающего поведения, которые не относились к суицидальным. К ним отнесены такие поведенческие реакции как:

1. Злоупотребление различными психоактивными веществами, включая наркотики, алкоголь и табак.
2. Соматические болезни (заболевание сердца, травмы позвоночника, при которых пациенты не соблюдают назначенного лечения и нарушают режим).
3. Проституция, делинквентное поведение, преступные деяния, которые опасны возможностью краха личности.
4. Виды спорта, связанные с риском (например, прыжки с парашютом, в воду с большой высоты). Такое поведение Э. Дюркгейм еще в 1897 году назвал «символическим суицидом».

Позднее все типы поведения, которые способствуют продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти, стали классифицироваться как саморазрушающее поведение. П. И. Сидоров, А. В. Парняков в своей работе «Введение в клиническую психологию» (2000) данные типы поведения называют непрямым суицидом, признаком которого является отсутствие полного осознания своих поступков в направлении смерти, отрицание суицидальной тенденции.

Все перечисленные формы деструктивного поведения приводят к ухудшению качества жизни, снижению критичности к своему поведению, когнитивным искажениям (восприятия и понимания происходящего), снижению самооценки и эмоциональным нарушениям. По мнению О. О. Андронниковой (2009), вышеперечисленные формы поведения можно объединить по ключевому признаку причинения ущерба самой личности в самоповреждающее виктимное поведение, однако суицидальное поведение, связанное с осознанием действий в направлении окончания жизни, следует отнести к особой категории.

Собственно суицидальным поведением называют любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни (Тихоненко В. А., 1978).

А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко (1980) в методических рекомендациях выделяют внутренние (в том числе вербальные) и внешние формы психических актов, включающие:

- Внутренние формы – суицидальные мысли; суицидальные представления; суицидальные переживания; суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения;
- Внешние формы – суицидальные попытки и завершённые суициды.

Важным фактором, непосредственно включенным в структуру суицидального поведения, является наличие суицидальной установки. Суицидальные мысли представляют когнитивный аспект суицидальной установки, связаны с начальным этапом суицидального процесса и относятся, по мнению ряда авторов (Pawsey R., Krupinska O., 1994) к факторам риска самоубийства. По некоторым данным (Яворский А. А., 1991; Панченко Е. А., 2003), формирование суицидальных установок, антивитаальных переживаний и возникновение суицидальных мыслей в большинстве случаев происходит в возрасте 14–15 лет. При этом некоторыми авторами (Войцех В. Ф., 2003) личностный конфликт при фрустрации базовых потребностей в начальном периоде суицидогенеза признается более значимым, чем наличие психосоциальных стрессоров.

Внутренние и внешние формы суицидального поведения подчинены общим закономерностям строения человеческой предметной деятельности (Выготский Л. С., Леонтьев А. Н.). Психологический анализ ее «макроструктуры» выделяет, во-первых, отдельные деятельности – по критерию побуждающих их мотивов, во-вторых, – действия, подчиняющиеся сознательным целям, и, в-третьих, – операции, которые непосредственно зависят от задач, т. е. условий достижения конкретных целей.

Благодаря отношениям, складывающимся между целью и мотивом, формируется личностный смысл – существенная характеристика сознания и личности.

В соответствии со структурой деятельности суицид можно рассматривать как действие, подчиненное конкретной цели покончить с собой, но включенное в более широкую систему предметной деятельности с соответствующим ей мотивом. Иными словами, суицидальные действия в подавляющем большинстве случаев «обслуживают» иную «вышестоящую» потребность. Цель суицида и мотив деятельности, в состав которой он включен, не совпадают, а их отношение (цели к мотиву) составляет личностный смысл самоубийства для субъекта (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980).

Любой вид деятельности – это сложный процесс, в который включаются и используются все психические процессы и свойства личности. Деятельностный подход к рассмотрению суицидальной активности позволяет предположить, что, как и всякая другая деятельность, суицидальная активность будет находиться в тесной зависимости от целого ряда компонентов, опосредующих специфику и характер

деятельности. Это характерологические и личностные особенности, эмоционально-волевые компоненты и т. д.

Рассматривая особенности подросткового суицидального поведения, как наиболее значимо опосредующие специфику деятельного акта, необходимо учитывать такие характерные возрасту проявления, как эмоциональные расстройства (депрессия), волевые расстройства, акцентуации характера.

Акцентуации характера (понятие введено Карлом Леонгардом) – чрезмерное усиление и выраженность отдельных черт характера или их сочетания, проявляемые в избирательном отношении личности к психологическим воздействиям определенного рода при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим. Различные комбинации чрезмерно усиленных черт дают различные типы акцентуаций.

Анализ литературных источников (Личко А. Е., 1982, 1999; Андронникова О. О., 2009) позволяет сделать вывод, что разные типы акцентуированных характеров проявляют склонность к разным формам суицидального поведения.

Для подростков с гипертимным типом акцентуаций склонность к суицидальному поведению не характерна. Подростки этого типа не наносят себе ни физический, ни социально-психологический ущерб. Они, скорее, склонны к саморазрушающему виктимному поведению: тяга к риску, новым впечатлениям, острым ощущениям.

У подростков с циклоидным типом акцентуаций возможность суицида зависит от фазы. В субдепрессивной фазе для циклоидного типа акцентуаций характерно суицидальное поведение. Суицидальные попытки совершаются обычно в стрессовой ситуации на высоте аффекта.

Эмоционально-лабильные подростки склонны к суицидальному поведению аффективного типа. Они быстро принимают решение и быстро его осуществляют (в тот же день). Мотивом этих действий служит не столько желание умереть, сколько сделать с собой что-то из-за невозможности пережить данное событие. Они ищут эмоциональные связи и поддержку у друзей и близких. Эмоциональное отвержение, потеря поддержки значимых людей, например родителей, толкает подростков эмоционально-лабильного типа к суицидальным попыткам.

Уязвимым звеном в характере подростка сенситивного типа акцентуаций является чувство собственной неполноценности. Такие подростки зависят от окружающих, нуждаются в их добром отношении, поддержке и оценке. Недоброжелательность окружения, несправедли-

вые обвинения, предательство друзей и возлюбленных, насмешки или подозрения легко приводят к развитию реактивной депрессии. Сенситивные подростки не делятся своими переживаниями, накапливая, аккумулируя чувство вины за свою неполноценность, постепенно приходя к мысли о невозможности и бессмысленности своего существования. Незаметно для окружающих у них вызревают суицидальные намерения, которые реализуются неожиданно для всех.

Подростки с психастеническим и шизоидным типами акцентуации к суицидам не предрасположены. Для подростков с шизоидной акцентуацией свойственно больше агрессивное или саморазрушающее виктимное поведение, которое облегчает неформальные контакты со сверстниками.

Эпилептоидный тип акцентуации предопределяет риск самоубийств. Истинные суициды встречаются у эпилептоидных психопатов. При акцентуациях характерна демонстративная форма суицидального поведения. Мотивом служит желание причинить обидчику вред, напугать кого-то, добиваясь своих целей. Но демонстративные по форме намерения при сильной аффектации эпилептоидов могут стать неконтролируемыми и обернуться трагически. Аффективные реакции эпилептоидов чаще всего агрессивны, если подросток остается в одиночестве, в безвыходной ситуации, то агрессия может быть направлена на себя. Характерны порезы, самоповреждения горячими предметами как проявление мазохистических тенденций эпилептоидов.

Главной чертой истероидного характера является демонстративность, что обуславливает склонность к суицидальному шантажу у подростков данного типа акцентуаций. Подросток стремится произвести наибольшее впечатление на окружающих, разжалобить или напугать, но главное – привлечь к себе внимание, добиться желаемого. Демонстративность суицида может обернуться реальным самоубийством из-за несчастного случая. Желание выделиться приводит к неверному расчету усилий или последствий поступка.

При неустойчивом типе акцентуаций характерными являются слабость волевой сферы в организации поведения и гедонистическая направленность подростка. Риску суицида отсутствует.

По данным А. Е. Личко (1999), распределение типов характера связано с типами суицидального поведения. При демонстративном суицидальном поведении преобладали подростки истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов (50,0 %), 32,0 % – эпилептоиды и эпилептоидно-истероидного типа. 18,0 % составляли

подростки всех остальных типов, причем шизоидов, циклоидов и сенситивных подростков при демонстративном типе вообще не встречалось. При аффективном типе суицидального поведения основную группу составляли подростки с лабильным и лабильно-истероидными типами (37,0 %), другие варианты истероидного типа – 23,0 %, сенситивный и конформно-неустойчивые типы – по 18,0 % и только 4,0 % – эпилептоидный тип характера. Истинные суициды были характерны для сенситивного (63,0 %) и циклоидного (25,0 %) типов. Для подростков шизоидного типа свойственна чрезвычайно низкая выраженность суицидального поведения в подростковом возрасте.

Вторым компонентом детерминации суицидального поведения выступают волевые расстройства (Андронникова О. О., 2009). Воля – способность к выбору деятельности и к внутренним усилиям, необходимым для ее осуществления. Осуществляя волевое воздействие, человек противостоит власти непосредственно испытываемых потребностей, импульсивных желаний. Для волевого акта характерно не переживание «я хочу», а переживание «надо», «я должен», осознание ценностной характеристики цели действия. Волевое поведение включает принятие решения, часто сопровождающееся борьбой мотивов (акт выбора) и его реализацию (Пережогин Л. О., 2001).

Расстройства воли – большая группа психопатологических феноменов. Они выражаются в нарушении способности к деятельности, патологических, извращенных потребностях, нарушении представления о конечных результатах, нарушении контроля за деятельностью, нарушении проецирования процессов в сознании. Волевые расстройства наблюдаются при различных патологических состояниях, как правило, являясь одним из многих элементов наблюдаемой клинической картины. В то же время любое действие индивидуума является непосредственным воплощением в реальность его волевых актов (Пережогин Л. О., 2001).

По мнению многих авторов, одним из наиболее часто встречающихся факторов, способствующих совершению суицидальной попытки, является развитие депрессивного синдрома. Депрессия (от лат. *depressio* – подавление) – аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек испытывает, прежде всего, тяжелые, мучительные эмоции и переживания – подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Типичны мысли

о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед жизненными трудностями сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Изменяется восприятие времени, которое, как кажется, течет мучительно долго. В состоянии депрессии отмечаются замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; это приводит к резкому падению продуктивности. В тяжелых длительных состояниях депрессии возможны попытки самоубийства.

Необходимо отметить, что депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности человека, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к потере социального статуса.

В соответствии с клиническими особенностями аффективных синдромов определялись основные типы депрессий:

- Простые – меланхолические, тревожные, апатические.
- Сложные – депрессии с навязчивостями, с бредом.

Среди классических признаков депрессии выделяют: чувство витальной тоски, первичное чувство вины, суицидальные проявления, нарушение суточного ритма.

В структуру депрессивного паттерна часто входят суицидальные мысли – желание умереть с идеями бессмысленности существования, желательности несчастного случая со смертельным исходом или намерение покончить с собой. Данные проявления могут приобретать характер навязчивых представлений или непреодолимого влечения, упорного стремления к самоубийству (суицидомания).

Таким образом, суицид в подростковом возрасте в большинстве случаев обусловлен наличием аутодеструктивных поведенческих паттернов.

3.3. Распространенность суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте

- А что случилось с солнцем?
- Оно состарилось. Скоро умрет. Мы здесь бессильны – что ты, что я.
- Почему так быстро?
- Нет, не быстро. Пока ты шел через колодец, прошло полтора миллиарда лет. Время летит, как стрела – у вас ведь так говорят? Колодец, в который ты спустился, прорыт вдоль искривленного времени. Мы можем путешествовать по нему. От зарождения Вселенной – и до ее конца. Поэтому для нас нет ни рождения, ни смерти. Только Ветер.
- Ответь мне на один вопрос.
- С удовольствием.
- Чему ты учился?

Ветер захохотал, и весь воздух мелко затрясся. А потом поверхность Марса снова окутала вечная тишина. Парень достал из кармана пистолет, приложил дулом к виску и нажал на спусковой крючок.

*Хартфильд Д. Марсианские колодцы*¹

Суицид является трагическим событием в жизни индивида и негативным явлением в жизни общества. Эта проблема особенно затрагивает представителей наиболее продуктивного и трудоспособного возраста. Значимость проблемы самоубийств стимулирует развитие суицидологических исследований во всем мире. Определенным препятствием для эпидемиологов являются отличающиеся критерии, применяемые исследователями отдельных стран для определения возрастных границ. Разнообразие подходов к определению подростково-юношеского возраста имеет довольно большой размах. Так, например, N. Garnefski & R. F. W. Diekstra исследуют подростков 12–19-летнего возраста, P. M. Lewinsohn пользуется рамками 14–18 лет, U. Bille-Brahe & A. Schmidtke расширяют границы до 15–24 лет. В современной мировой литературе часто встречаются такие термины, как «детство», «подростковый возраст», «юношеский возраст» «молодость». Ряд работ включает в себя исследования суицидального поведения представите-

¹ Хартфильд Д. Марсианские колодцы // Мураками Х. Слушай песню ветра. – Москва : Эксмо, 2006. – 160 с.

лей различных учебных заведений – школ, колледжей, университетов. М. Н. Михайлова отмечает, что 11,0 % студентов имеют мысли о нежелании жить различной степени выраженности, а 10,0 % совершали суицидальные попытки. Другим препятствием для проведения эпидемиологических исследований являются различия в организации и критериях констатации суицида. Так, в во многих странах самоубийство констатируют разные должностные лица, например, судебный врач, владелец похоронного бюро, прокурор и т. д.

S. Platt et al. определили процент самоубийств среди европейской молодежи 15–24 лет. Предметом анализа послужили эпидемиологические показатели тринадцати европейских государств по данной проблеме. Характерной закономерностью оказалось заметное преобладание фатальных суицидов у лиц мужского пола. Наиболее неблагоприятной страной в этом отношении является Финляндия, где показатель смертности соответствует 37/100 тыс. населения. Также высокий уровень самоубийств у молодых людей в Швейцарии – 34/100 тыс., Австрии – 31/100 тыс., Венгрии – 27/100 тыс., Норвегии – 24/100 тыс. и Германии – 21/100 тыс. Умеренными выглядят показатели Франции и Швеции, где смертность составляет 17/100 тыс., а также Дании – 16/100 тыс. Низкий уровень суицидальности среди молодых людей выявлен в Нидерландах – 10/100 тыс., Великобритании – 9/100 тыс., Италии – 7/100 тыс., Испании – 6/100 тыс. У молодых представительниц этих же стран смертность от суицидов гораздо ниже. В Венгрии она составляет 9/100 тыс., Австрии – 8/100 тыс., Швейцарии – 7/100 тыс., Германии, Финляндии и Швеции – 6/100 тыс., Дании, Норвегии и Франции – 5/100 тыс., Нидерландах – 4/100 тыс. Самыми благополучными странами по уровню смертности от самоубийств у молодых женщин, также как и у мужчин, являются Италия, Великобритания и Испания, где этот показатель составил 3/100 тыс., 2/100 тыс., 1/100 тыс. соответственно.

В России публикация статистики суицидальных действий, закрытая более 60 лет, была восстановлена только в 1989 году. За последние несколько лет отмечается неуклонный рост числа самоубийств и суицидальных попыток, что связано с условиями социально-экономического и политического кризиса. В 1990 году показатель самоубийств был 26,5 на 100 тыс. населения, а к 1993–1994 годам эти цифры увеличились до 38 суицидов на 100 тыс. населения. За последние 5 лет частота самоубийств у мужчин увеличилась в 1,7 раза, а у женщин – в 1,3. В то же время Д. Б. Анискин указывает на тенденцию к «омоложению»

суицида и увеличение коэффициента вариабельности самоубийств в разных регионах страны. Однако рост суицидальности в настоящее время прослеживается во всех этнических группах. Так, в Республике Коми удельный вес суицидов среди лиц, не достигших 20 лет, невелик, а подавляющее их количество приходится на средний возраст, причем среди представителей финно-угорской группы этот показатель в последние годы неуклонно приближается к угрожающей цифре – 100 суицидов на 100 тыс. населения. В Удмуртии самоубийства подростков 15–18 лет с 1992 по 1995 год увеличились с 20,1 до 42,7 на 100 тыс. Причем у юношей этот показатель составляет 67,5/100 тыс., а у девушек – 17,3/100 тыс. В Кемеровской области ситуация менее угрожающая, но тем не менее суицидальность молодежи достаточно высока: 45,9/100 тыс. у мужчин и 10,4/100 тыс. у женщин.

По данным О. В. Сидорук и Л. А. Прониной, несмотря на то что 28,5 % обследованных детей и подростков считают для себя недопустимым самоубийство даже в очень тяжелых жизненных условиях, 15,5 % не исключают возможность суицида, а иногда и одобряют его как форму выхода из неразрешимой ситуации. Приведенные данные свидетельствуют о достаточно высокой суицидальной готовности подрастающего поколения.

В последние годы, особенно у обучающейся молодежи, обозначился рост психопатологических состояний, сопровождающихся антивитальными переживаниями. В этой категории наметилась тенденция к реализации суицидальных побуждений в неблагоприятных ситуациях, например, во время адаптации к военной службе. Среди психически больных в возрасте до 20 лет от суицида погибает 2,9 %, от 20 до 30 лет – 10,0 %.

Описывая типичные для представителей различных этносов способы самоубийства: японцев – колото-резаные ранения, жителей некоторых стран Средней Азии и Африки – самосожжения, Сингапура – падения с высоты, Америки – самострелы, А. И. Лазебник приводит следующие данные о соотношении способов суицидов детей и подростков, проживающих в Удмуртии: самоповешения составляют 81,9 %, отравления – 9,5 %, самострелы – 2,9 %, падения с высоты – 1,9 %, утопления – 0,9 %. Наиболее частыми способами ухода из жизни у мужчин всех возрастов являются механические или сильные травматические приемы, такие как самоповешения, самострелы, автодорожные столкновения; женщины чаще используют отравления. В последние годы отмечается рост самоубийств путем падения с высоты. Также

учащаются суицидальные действия лиц, пребывающих под действием психоактивных веществ. Среди молодых мужчин, избравших в качестве способа суицида самоповешение, удельный вес лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, составляет 63,8 %, среди отравившихся – 36,4 %, на другие способы приходится 29,4 %.

Наряду с нарастанием фатальных суицидов среди молодежи, отмечается увеличение количества суицидальных попыток. Изучению этого феномена благоприятствует процесс интеграции исследователей, работающих в этой области. Так, U. Bille-Brahe & A. Schmidtke, основываясь на данных своих коллег, провели анализ распространенности суицидальных попыток в возрастной группе 15–24 лет в 16 крупнейших городах Европы с 1989 по 1992 годы. Практически во всех этих центрах отмечается количественное преобладание попыток расстаться с жизнью у лиц женского пола. Так, в частности, в Оксфорде в 1990 году этот показатель достиг 553 случая на 100 тыс. населения. K. Hawton et al. сравнивая эти данные с количеством суицидальных попыток у студентов Оксфордского университета – 269/100 тыс., объясняют столь значимое различие более высоким социально-экономическим состоянием учащейся молодежи. Обращает на себя внимание высокий уровень парасуицидов у молодых представительниц Бордо и Хельсинки – свыше 400 на 100 тыс. населения. В самых благополучных городах по этим показателям – Падуя, Инсбрук и др. число суицидальных попыток несколько превышает 100/100 тыс. Молодые мужчины пытаются расстаться с жизнью реже. Однако в Хельсинки количество суицидальных попыток у молодых мужчин и молодых женщин примерно одинаково. В Оксфорде этот показатель составляет 328 на 100 тыс. населения. Отмечается традиционно низкий удельный вес суицидальности на юге Европы. Так, в итальянском городе Падуя в 1990 году у молодых людей было отмечено 44 попытки на 100 тысяч населения. Анализируя изменения эпидемиологических показателей суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте у европейцев U. Bille-Brahe et al., A. Schmidtke et al. указывают на уменьшение суицидальных попыток с 1989 по 1992 годы, что, вероятно, связано с ростом количества самоубийств.

Африканский континент менее изучен в этом отношении. Хотя он представляет определенный интерес для суицидологов, в силу разнообразия политических, экономических, этнических, культуральных, социальных и религиозных особенностей государств данного региона. В. И. Петров приводя пример двух отличающихся по перечисленным

характеристикам стран: Бурунди – относительно небольшое государство в центральной Африке с католическим вероисповеданием большинства граждан, проживающих в ней, и Алжир – исламское государство, находящееся в Северной Африке, указывает на низкий удельный вес суицидальных тенденций и попыток в этих странах.

В США у подростков суицидальное поведение стало обычным явлением. С 1950 по конец 1980-х годов число суицидов возросло в три раза. Почти 5 тысяч подростков ежегодно умирает от самоубийств, причем эта цифра может быть значительно выше, так как вероятно, что некоторые суицидальные акты официально зарегистрированы как «несчастные случаи» или приписаны к другим причинам смерти. Среди выборочно обследованной молодежи от 13 до 19 лет 5,0–6,0 % совершали суицидальную попытку, 12,0–15,0 % были близки к ней и приблизительно 60,0 % лично знали подростков, пытавшихся покончить жизнь самоубийством. Кроме того, более 50,0 % сообщили о периодических суицидальных мыслях. Другие исследования говорят о наличии преходящих суицидальных мыслей у большего числа подростков. Данные психологической аутопсии суицидентов показывают, что 20,0 % мужчин и 30,0 % женщин совершали предыдущую попытку самоубийства, 85,0 % имели суицидальные мысли, 55,0 % угрожали самоубийством, 70,0 % употребляли алкоголь и наркотики, столько же совершали противоправные действия, 65,0 % были замкнутыми.

В Российской Федерации за последние годы отмечается рост аутоагрессивных действий в целом и суицидальных попыток у молодежи, в частности. И. В. Фисник, М. А. Лапицкий и С. В. Ваулин отмечают преобладание суицидальных попыток у молодых женщин над таковыми у мужчин в соотношении 4/1. На это же указывают А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова, а также приводят процент подростково-юношеских суицидов от общего количества – 4,0 %. С. В. Ваулин, анализируя суицидальность в г. Смоленске за 1994 год, обращает внимание на то, что суицидальные попытки в возрасте до 14 лет встречаются только у девочек. По данным Н. П. Кокориной с соавт., среди пытающихся расстаться с жизнью жителей Кузбасса 14,1 % составляют школьники и студенты.

Среди наиболее типичных мотивов суицидального поведения в данной возрастной группе большинство исследователей выделяют такие переживания, как обиды, одиночество, отчужденность, утрата родителей, их развод или уход из семьи одного из родителей, неразделенная любовь, ревность, чувство вины, оскорбленного самолюбия,

страх наказания, желание отомстить, злоба, сексуальные эксцессы, подражание.

Большинство совершающих суицидальные действия осуществляют их при незначительном временном разрыве от начала формирования суицидальных мыслей.

Самым частым способом попытки самоубийства является отравление лекарствами – 68,0 %, самоповреждения составляют 28,0 %, отравления веществами бытовой химии – 2,0 %, газом – 1,0 %, уксусной эссенцией – 1,0 %. Такая тенденция, скорее всего, объясняется доступностью различных химических веществ, в частности лекарственных препаратов – 90,0 % случаев отравлений. Наиболее тяжелыми формами отравлений являются трициклические антидепрессанты, обладающие выраженным кардиотоксическим эффектом, а также лепонекс – препарат с длительной токсикогенной фазой и некоторые другие. Определенную опасность для жизни представляет полимедикаментозное отравление, когда имеют место полиморфная симптоматика интоксикации и потенцирование эффектов препаратов. Среди предметов бытовой химии чаще всего используются уксусная кислота, фосфорорганические инсектициды (карбофос, хлорофос). В таких случаях летальность способа высока, выражены неблагоприятные последствия для соматической системы выжившего подростка, в первую очередь пищеварительного тракта. Менее распространен такой brutalный способ суицидальных попыток, как самосожжение, частота которого в подростково-юношеской популяции г. Москвы составляет 0,2/100 тыс. чел. населения: для мужчин – 0,3/100 тыс. чел.; для женщин – 0,1/100 тыс. чел.

3.4. Факторы, влияющие на суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте

Не предавайся греху, и не будь безумен:
зачем тебе умирать не в своё время?¹

Экклезиаст

Предупреждение возникновения и распространения суицидального поведения возможно лишь при детальном и всестороннем изучении этого явления во всем его многообразии и полноте. Возрастной аспект исследований в этой области является одним из важных,

¹ Экклезиаст 7:17.

так как суицидальное поведение в каждой возрастной группе обусловлено различными причинами. В настоящее время широко известно, что на его формирование и проявления в подростково-юношеском возрасте оказывают влияние многочисленные биопсихосоциальные факторы. Необходимость изучения и поиска путей устранения факторов риска или ослабления степени их негативного влияния вытекает из принципа профилактики психических заболеваний, являющегося ведущим в системах здравоохранения большинства развитых стран мира. Профилактические тенденции современной медицины имеют особое значение для психиатрии подросткового возраста, с которого собственно и начинается профилактика многих психических заболеваний, а также различных проявлений суицидального поведения.

К демографическим факторам, влияющим на суицидальность, относятся возраст, пол, расовая и религиозная принадлежность, секулярный тренд (эпохальная тенденция). Установление статистических корреляций между этими параметрами и частотой самоубийств является основной задачей социально-демографического анализа причин суицидального поведения. Возрастной промежуток между 15 и 24 годами является пиковым в отношении суицидальных попыток у представителей обоих полов. В то же время для завершеного самоубийства этот пик приходится на пожилой возраст. Суициды у мужчин в возрастной группе 15–19 лет численно преобладают над таковыми у представительниц женского пола – приблизительно в 4 раза. Чаще всего молодые люди прибегают к жестким (наиболее летальным) способам суицида – огнестрельные ранения, самоповешения. Женщины, совершающие в этом возрасте суицидальные попытки, используют в основном отравления различными лекарственными препаратами. Широко известно, что высокими показателями суицидальности отличаются представители финно-угорской группы. Для народов юга Европы, в частности государств романской группы языков, характерны низкие цифры самоубийств и суицидальных попыток. В Северной Америке от самоубийств в молодом возрасте чаще всего умирают белые американцы, немного реже – негры. Ниже смертность от суицидов отмечается у негритянок. По мнению J. C. Smith et al. (1986), S. B. Sorenson & J. M. Golding (1988), W. A. Vega et al. (1993), в испаноязычной популяции США коэффициент суицидальности несколько ниже, чем у представителей «черной и белой Америки». Троекратное увеличение самоубийств в подростково-юношеском возрасте с 1950 по 1980 годы, произошло в значительной степени из-за их роста у мужчин. С начала 1980-х годов

эти показатели стабилизировались и в настоящее время достигают 13 на 100 тыс. населения. Привести однозначное объяснение этого феномена весьма непросто. Видимо, речь идет о сложном комплексе причин, обстоятельств и нюансов, преломляющихся и сложно опосредующихся личностью самоубийцы. Одним из важнейших факторов в этом отношении является вероисповедание, и хотя в современной литературе религиозная принадлежность суицидальных подростков практически не обсуждается, можно предположить, что закономерности общей популяции распространяются и на данную возрастную группу.

Влияние религии на суицидальное поведение прослеживается на протяжении многих веков. Ряд актов самоубийства описывается в Библии. Как писал классик мировой социологии Е. Durkheim (1897), достоверно изучить степень влияния принадлежности к той или иной конфессии можно только внутри одного общества. Такое влияние, по всей видимости, наиболее отчетливо прослеживается у представителей более ортодоксальных вероисповеданий. В некоторых исследованиях показано преобладание суицидальности у индуистов над мусульманами в традиционных местах проживания. Эта тенденция характерна и для мигрантов. Анализируя истоки таких различий, R. Hassan указывает на традиционные представления индуизма о том, что смерть ведет к возрождению в другой форме, а следовательно, более терпимое отношение к самоубийству. В противоположность этому Коран осуждает любые проявления аутоагрессии. Ряд авторов, в частности M. I. Solomon & C. P. Hellon, а также S. Stack, указывают на такие социально-психологические причины суицида, как нарастание безработицы, снижение доступа к внешним источникам повышения самооценки. D. Brent & D.J. Kolko связывают нарастание самоубийств с увеличением депрессии и токсикомании у молодежи, что говорит о вероятной причинной связи этих состояний.

Основными психосоциальными факторами риска суицидального поведения в рассматриваемой возрастной группе являются семейные отношения, жизненные стрессовые ситуации (микросоциальный конфликт), физическое или сексуальное насилие, травматический стресс, влияние некоторых форм молодежной культуры и средств массовой информации, отсутствие возможности самореализации, социальная незащищенность.

Одними из важнейших условий комфортности в жизни молодых людей является семейное благополучие, наличие адекватных эмоциональных связей между родными. Подростки, пережившие изменение

в составе их семей – смерть одного или обоих родителей, развод, появление отчима или мачехи, а также длительное отлучение, в том числе по причине лишения родительских прав, чаще прибегают к тем или иным формам суицидального поведения. В то же время Н. В. Конончук, изучая молодых женщин, страдающих депрессией, совершивших суицидальную попытку, не находит какого-либо изменения состава семей их родителей, а также других нарушений социально-психологического климата. Эти данные могут говорить о депрессии, как более серьезном причинном факторе развития суицидального поведения в данной возрастной группе, хотя это требует дополнительных подтверждений.

У подростков, проживающих в семьях, где имеет место насилие в любых его проявлениях, в том числе физическое и сексуальное по отношению к ним, выше риск самоубийств и суицидальных попыток. Возможно, параллельно с насилием суицидальный риск имеют молодые люди из негармоничных, неблагополучных, конфликтных семей. Мотивы семейной дисфункции обнаруживаются более чем в 40 % случаев суицидов. В семьях, где есть больные депрессией, другими психическими заболеваниями, лица, совершавшие суицидальную попытку, или суицид, подростки чаще прибегают к суицидальным действиям. Подростки, недавно пережившие распад семьи или другой значимый для них стресс, чаще совершают попытку расстаться с жизнью.

Стрессовые ситуации предрасполагают к развитию суицидальных мыслей у студентов колледжей, а сильный психологический стресс увеличивает риск суицидального поведения у школьников. Наиболее частыми стрессовыми факторами для подростков являются конфликты с родителями, потеря друга или подруги, переход в другой класс или другую школу, потеря родителя из-за развода или его смерти, смерть обоих родителей. Однако эти факторы не всегда способствуют развитию суицидального поведения, поэтому определять угрозу самоубийства для конкретного индивидуума, основываясь лишь на констатации наличия у него микросоциального стресса, без учета личностных особенностей подростка, не представляется обоснованным. По мнению Е. Шир, большинство суицидальных действий в таких случаях направлено не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими, что однако не снижает потенциальной опасности для жизни этих действий.

Одним из психоэмоциональных стрессоров в юношеском возрасте, приводящих к развитию суицидального поведения, является нежелательная беременность. Причем во всех случаях травмирующим

переживанием является не сама беременность, а отношение к происходящему родителей, родственников, неблагоприятная семейная обстановка – пьянство мужа, супружеская неверность. То есть собственно нежелательная беременность, вероятно, не является фактором риска суицидального поведения, а служит его видимым психологическим объяснением.

Дети и подростки являются возрастной группой, наиболее часто подвергающейся различным формам насилия. По данным D.S. Lipschitz et al., 34,0 % молодых пациентов, совершивших суицидальную попытку, подвергались физическому, а 44,0 % сексуальному насилию. Такие подростки почти вдвое чаще совершают аутоагрессивные действия. На повышенный риск суицидального поведения после перенесенного насилия также указывают А. В. Елисеев, Е. М. Райзман, Т. И. Кадина, Н. Sansonnet-Hayden et al.

В литературе последних лет обсуждается очевидность имитации в патогенезе суицидального поведения. Присутствие его различных проявлений в семье или у знакомых может оказывать прямое влияние на развитие имитации у данного пациента. Косвенное воздействие оказывают средства массовой информации, сообщающие о реальных самоубийствах, суицидальных попытках, обсуждающие проблемы суицида, а также использование этого сюжета в художественных фильмах, литературных произведениях, песнях.

S. Stack указывает на очевидность связи повышения количества самоубийств с освещением в средствах массовой информации о фактах суицида знаменитостей, особенно политиков, киноактеров, звезд шоу-бизнеса. По мнению D. P. Phillips et al., уровень самоубийств не возрастает, если mass-media не ставят такую информацию на первый план. В некоторых исследованиях отмечается, что важную роль в возможных последствиях, в виде количества и качества суицидального поведения в популяции, играют форма подачи темы суицида, включая подробное описание, и сопутствующая информация. В то же время эпидемия сектантских самоубийств в США (ноябрь 1978 года), широко освещенная в средствах массовой информации, не повлекла за собой статистически значимого увеличения суицидальных действий.

Программы превенции самоубийств, применяемые в школах США, оказались не только неэффективными, а в ряде случаев фактически увеличивали суицидальность среди учащихся, находившихся в группе повышенного риска. Иной точки зрения придерживаются К. J. Abbey et al., F. C. Nelson, A. Spirito et al., нашедшие положительные результаты

применения этих программ. Таким образом, влияние информации по данной проблеме на возникновение имитации очевидно, но в какой мере это происходит – до сих пор достоверно не известно.

J. T. Barter et al., F. E. Crumley, C. Tischler et al. указывают на связь возникновения суицидальных попыток у подростков с низким уровнем социальных контактов. Интенсивность и частота психологических проблем у них выше, чем у несуйцидальных психиатрических пациентов. К признакам нарушения социальной адаптации В. С. Чудновский и др. относят потерю социально направленных чувств, недоверие к близкому социальному кругу и социальным нормам, неконтактность, негативное отношение к требованиям общественной морали, конфликтность. Puig-Antich J. et al., указывают на четкую хронологическую взаимосвязь между нарушением социальных контактов, расстройствами настроения и самоубийством. Однако другие исследователи, в частности D. Brent et al., R. Kosky et al., использовавшие более глобальные критерии оценки социальной адаптации, не находят такой связи. G. Clum et al., D. Schotte & G. Clum, B. Yang & G. Clum поддерживают мнение, что психосоциальные стрессоры, лежащие на почве низких адаптационных возможностей и слабых копинг-механизмов, приводят к развитию депрессии, чувства безнадежности и суицидальному поведению. R. L. Bonner & A. R. Rich, C. R. Pfeffer et al. предлагают рассматривать недостаточность или отсутствие социальной поддержки фактором риска суицида в подростковом возрасте, а сама она может становиться смягчающим фактором для индивидуума, подвергающегося действию психосоциальных стрессоров.

Среди психиатрических факторов риска в формировании суицидального поведения в современной литературе рассматриваются расстройства настроения, безысходность, предшествующая суицидальность, расстройства личности и поведения, злоупотребление психоактивными веществами, психотические состояния. Широко известна отчетливая связь между аффективными расстройствами и суицидальностью. Но большинство молодых людей, страдающих депрессией, все-таки не предпринимают попыток расстаться с жизнью и не погибают от суицида. В данном случае имеют значение сопряженные обстоятельства, влияющие как на проявления самой депрессии, так и на суицидальные составляющие. К таким факторам можно отнести безысходность, которая, например, у взрослых является более выраженным предиктором суицидального поведения, чем депрессия в целом. Влияние безысходности на возникновение мыслей о самоубийстве у под-

ростков, госпитализированных в психиатрические стационары показано в исследовании J. R. Asarnow & D. Guthrie. Аналогичные результаты получили B. Yang & G. A. Clum, изучавшие такое влияние на примере студентов азиатского происхождения, обучавшихся в США. В то же время, M. Rotheram-Borus et al., получили противоположный результат, исследуя городскую популяцию молодых суициденток.

Более сильным прогностически неблагоприятным фактором являются проявления суицидальности в анамнезе юных пациентов. Повторяющееся суицидальное поведение увеличивает риск самоубийства. Это особенно характерно для лиц, проходящих лечение в психиатрических стационарах и отделениях внебольничной помощи, среди которых оказываются не только страдающие депрессией, но и молодые люди с личностными и поведенческими расстройствами. Опыт клиницистов позволяет с большой долей вероятности определять патохарактерологические черты еще в подростковом возрасте, поэтому современные исследователи, работающие в области подростковой психиатрии, не оставляют без внимания личностную ось диагностики, в частности в тех случаях, когда в их поле зрения попадают суицидальные подростки. И хотя расстройства поведения, диагностируемые до пятнадцатилетнего возраста, не рассматриваются как личностные расстройства, подростки с такими нарушениями имеют большой риск стать впоследствии антисоциальными личностями.

Данные психологической аутопсии, приводимые D. Shaffer et al., показывают, что диагноз «Расстройство поведения» является специфическим предиктором самоубийства для мужчин. А исследование A. Apter et al. выявило более высокую смертность от суицида у подростков с расстройствами поведения, чем у представителей той же возрастной группы, страдающих депрессией, хотя последние в силу своего душевного состояния испытывают гораздо большее угнетение. Нередко расстройства личности, поведения, депрессия коморбидны со злоупотреблением психоактивными веществами. В настоящее время в мировой литературе имеется достаточно свидетельств связи суицидов с алкогольной, наркотической и другими видами зависимости. Иногда прием алкоголя или другого нейротропного вещества является составной частью суицидальной попытки.

Многие исследования подтверждают роль генетических факторов риска суицидального поведения. Близнецовый метод показывает преобладание проявлений суицидальности у монозиготных над дизиготными близнецами. Кроме того, приемные дети, у которых биологиче-

ский родственник совершил суицид, гораздо чаще уходят из жизни подобным образом, чем лица, не имеющие таких родственных связей. Объяснением этому феномену может служить гипотеза утраты контроля над импульсивным поведением в семьях, выдвинутая S. Kety (1986). При анализе семей молодых самоубийц установлено, что среди родственников первой степени родства частота суицидов выше, чем у остальных. В то же время, А. Г. Амбрумова (1983, 1986) считает, что истинной суицидальной наследственности не существует. Наследуется не склонность к суициду, а психическое заболевание или расстройство, обуславливающее в структуре психопатологических проявлений суицидальное поведение в определенных социально-психологических условиях, при которых возникает дезадаптация личности к социальной среде.

В последние годы актуальным становится изучение биологических факторов риска суицидальности, к которым можно отнести конституционально-биологические и нейробиологические. Среди множества публикаций в современной литературе, касающихся взрослой популяции по данной тематике, практически не встречаются работы с анализом онтогенетического аспекта биологии суицидальности, в том числе подростковой. Общая конституция интегрально объединяет совокупность сопряженных морфологических и функциональных, соматических и психических характеристик. Эти биотипологические характеристики складываются в онтогенезе в относительно стабильные и генетически детерминированные свойства реагирующего субстрата, которые на уровне целостности человеческой индивидуальности определяют норму реакции генотипических свойств индивида. Этот наследственно обусловленный способ реагирования индивида в ответ на эндогенные (генетические) и экзогенные (средовые) вредности маркируется его соматопсихическими особенностями. Дисгармонический генотип отличается мелкими отклонениями от нормы и пороками строения тканей, органов и систем – регионарные морфологические дисплазии, при множественности накопления которых формируются проявления соматопсихического дизонтогенеза, являющиеся патопластической почвой для формирования психических и поведенческих расстройств индивида, включая суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте.

Среди множества объяснений нейробиологии суицидального поведения ведущее место занимает гипотеза нарушения нейротрансмиссии серотонина. В этой связи заслуживает внимание работа А. Roy (1992, 1994), проведенная на депрессивных пациентах с различными прояв-

лениями суицидальности, в которой показан дисбаланс в центральном обмене дофамина у этих больных. Немногочисленные данные по подросткам свидетельствуют о вовлечении серотониновой системы в генез суицидального поведения.

К другим факторам, оказывающим влияние на возникновение суицидальности, некоторые авторы относят аутодеструктивное поведение. А. Г. Амбрумова и Е. Г. Трайнина (1990) рассматривают проявления самонаправленной жестокости подростков в виде опасных для жизни поступков и увлечений, как эквивалент суицидальности. В то же время, Ю. В. Попов (1988, 1990, 1991), утверждает, что в основе саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем, а не подсознательное стремление к смерти.

Изменения геофизических природных показателей также могут оказывать влияние на суицидальное поведение. В. Чернявский (1996), зафиксировал увеличение в 2–3 раза числа суицидальных действий во время колебаний геомагнитной возмущенности. Некоторые исследователи указывают на возможность экологической детерминации суицидальных действий. Однако постановка такого вопроса является достаточно спорной в виду отсутствия в настоящее время репрезентативных сведений по данной тематике.

3.5. Клинико-психопатологические аспекты суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте

Он выпрыгнул из окна – ногами вперед. Он хотел закричать, но не смог, потому что сердце его разорвалось, как только тело ощутило под собой стремительную пустоту.

Семенов. Ю. С. Семнадцать мгновений весны

Одним из традиционных методов исследования в суицидологии является клиническое наблюдение. Большая часть подростков, кончающих свою жизнь самоубийством или совершающих суицидальные попытки страдает тем или иным душевным расстройством. В этой связи клинико-психопатологическое обследование данной группы пациентов является базисным для подросткового психиатра. Точность диагностики тем более важна в свете развития психофармакологии, появления в арсенале врачей новых поколений психотропных средств, особенно избирательного действия.

Депрессия в юности является общепризнанным клиническим синдромом. Определение ее критериев? являясь одной из наиболее сложных проблем детской и подростковой психиатрии, служит стимулом для развития исследований в этой области с целью более точной диагностики и совершенствования терапевтической курации данных пациентов. Становление депрессивного синдрома наблюдается, как правило, лишь начиная с препубертатного возраста, при этом формирование тоскливого аффекта на данном возрастном этапе нередко сопровождается появлением своеобразного чувства малоценности, являющегося прообразом депрессивных идей самообвинения и самоуничтожения. М. Kovacs et al. проводили изучение нарушений адаптации с депрессивным настроением, большого депрессивного расстройства и дистимии на материале подростков от 8 до 13 лет. Купирование депрессии легче всего было достичь в случаях нарушения адаптации, тогда как дистимия поддавалась лечению значительно хуже. Диагностические критерии большой депрессии по DSM-IV для детей и подростков отличаются от критериев, используемых для взрослых. Они требуют наличия дисфории или выраженной ангедонии, по крайней мере, в течение 2 недель. Кроме того, 4 из 8 следующих особенностей должны присутствовать в это же время: повышение или понижение аппетита, бессонница или гиперсомния, двигательная ажитация или заторможенность, ангедония, потеря энергии, самоупрёк или чувство вины, трудность концентрации внимания и повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве. Помимо этого, депрессия в юности может проявляться поведенческими нарушениями в виде делинквентных поступков, рискованных действий, агрессии, насилия, употребления наркотиков, промискуитета, а токсикомания может быть наиболее очевидным симптомом депрессии. Е. М. Вроно указывает на то, что в среднем подростковом возрасте нередко приходится наблюдать депрессию, замаскированную проявлениями школьной фобии. Здесь психопатологическое состояние определяется нарастающей идеаторной заторможенностью, которая постепенно блокирует способность подростка осваивать новый учебный материал, создает впечатление нарушений памяти.

А. С. Ломаченков, анализируя влияние возрастного фактора на проявления аффективных расстройств, указывал, что в подростковом возрасте депрессивный аффект еще мало выражен, а на первый план выступают ипохондрические и дереализационные переживания. В целом, аффективные нарушения в пубертатный период весьма ла-

бильны, часто сопровождаются дисфорическим компонентом, капризностью. Ряд авторов (Олейчик И. В, 1997; Копейко Г. И., 1998) включают эти и другие проявления в симптомокомплекс так называемой юношеской астенической несостоятельности. Атипичный характер депрессий подросткового возраста затрудняет и отдаляет диагностику, а несвоевременное и неадекватное лечение ведет к утяжелению симптоматики, резистентности к терапии, появлению суицидальных тенденций. В то же время раннее и точное выявление и лечение депрессивных расстройств подростково-юношеского возраста может эффективно предотвращать не только суицидальное поведение, но и повторение депрессивных эпизодов. Некоторые авторы приводят наблюдения так называемых спонтанных ремиссий подростковых депрессий, однако данная возрастная особенность не исключает тяжести переносимой депрессии и суицидальных тенденций. В старшем подростковом возрасте клиническая картина депрессий чаще напоминает таковую у взрослых. По мнению Е. М. Вроно (1983, 1984), суицидоопасность депрессий в этом возрасте определяется наличием «сквозного синдрома тревоги». D. Shaffer et al. (1990), исследовавшие самоубийства у подростков в общей популяции, указывают на то, что 21,0 % мужчин и 50,0 % молодых женщин страдали большой депрессией, в контрольной группе несуйцидентов этот показатель достигал лишь 2,0 %. P. D. Trautman et al. (1991) сообщают, что депрессия была диагностирована в 42,0 % случаев у девушек, совершивших суицидальную попытку в возрасте 12–17 лет. По данным К. Myers et al., (1991) у подростков, страдающих большой депрессией в возрасте 7–17 лет, суицидальный риск увеличивается при утяжелении депрессии, наличии импульсивности и нарушений поведения.

Особого внимания заслуживает работа G. Carlson et al., (1977, 1982) в которой говорится, что примерно в 20,0 % случаев биполярное расстройство настроения дебютирует до девятнадцатилетнего возраста. В этой связи необходимо отметить, что клинические симптомы мании в подростково-юношеском возрасте подобны таковым у взрослых и проявляются в виде сокращенной потребности в сне, раздражительности, чрезмерной расточительности, гиперсексуальности, увеличении двигательной активности, полете мыслей и бредовых идей (величия или преследования). Суицидальные мысли могут быть замаскированы как грандиозные фантазии. Например, попытка самоубийства в виде прыжка с высоты во время маниакального эпизода объяснялась бы больным как попытка полететь и не осознавалась как суицидальный

акт. D. Shaffer et al. (1974, 1988) рассматривают молодых людей, страдающих биполярным расстройством, в группе высокого риска самоубийства. Мания у подростков часто расценивается психиатрами как социопатия или шизофрения. Она может включать в себя такие симптомы, как злоупотребление алкоголем или наркотиками, суицидальные попытки, проблемы с учебой, философские размышления, обсессивно-компульсивные симптомы, соматические жалобы, раздражительность, переходящая часто в драки и другие антисоциальные поступки.

Дистимия – другое аффективное расстройство, которое нередко отмечается у молодых суицидентов. Клиническое представление о дистимии в подростково-юношеском возрасте включает в себя сниженное или раздражительное настроение в течение одного года (в отличие от дистимии у взрослых, когда для постановки такого диагноза необходимо наличие симптоматики не менее двух лет) и сопровождается по крайней мере двумя из следующих симптомов: снижение аппетита или переедание, инсомния или гиперсомния, низкая энергия, снижение самооценки, снижение способности к концентрации внимания или затруднения в принятии решений и чувство безнадежности. Начало дистимии менее ощутимо подростком, чем начало большой депрессии, и родители не всегда замечают подобное изменение в состоянии ребенка. Ее особенностью может являться большая степень социальных нарушений, чем при других аффективных состояниях, в частности большой депрессии. В ряде случаев у этих подростков, также как и у взрослых, может наблюдаться феномен двойной депрессии – развитие большого депрессивного расстройства на фоне дистимии.

Токсикомания очень часто является способом спонтанного «самолечения» подростков, страдающих депрессией. При проведении психологической аутопсии 11–19-летних самоубийц M. Strober et al. (1988) установили, что расстройства настроения сопровождались злоупотреблением алкоголем или наркотиками, поведенческими нарушениями и другими психическими расстройствами в 76,0 % случаев, в контрольной группе этот показатель находился на уровне 24,0 %. M. J. Martunen et al. (1991) в аналогичном исследовании на материале 13–19-летних финляндских самоубийц показали что из двух третей подростков с аффективными нарушениями в виде депрессий половина обследованных злоупотребляли спиртным или страдали алкогольной зависимостью. В отечественной литературе также имеются сведения о связи роста числа самоубийств с увеличением злоупотребления спиртными напитками в населении. Необходимо отметить, что формирование

психических и поведенческих нарушений вследствие злоупотребления алкоголем происходит быстрее у девушек с более ранним возрастом начала употребления спиртных напитков, что важно учитывать при проведении комплекса превентивных мероприятий суицидального поведения. Часть попыток самоубийства импульсивного характера совершается в алкогольном опьянении, особенно в вечернее время, чаще всего это самопорезы. А. Г. Амбрумова и Е. А. Чуркин (1980) указывают на то, что они возникают, как правило, на фоне дисфорического аффекта с мрачной тоской и злобным недовольством.

Суицидальное поведение также может встречаться у лиц, страдающих тревожными расстройствами. R. Mattison фиксировал высокий уровень тревоги у подростков с теми или иными проявлениями суицидального поведения, а у молодых пациентов с тревожными расстройствами – суицидальные мысли. Подобно дистимии, тревожные расстройства могут иметь хроническое течение и маскироваться проявлениями других психопатологических состояний.

Обсессивно-компульсивное расстройство часто связано с глубокой изоляцией подростков, обусловленной смущением из-за собственных ритуальных действий, а также стеснением своих навязчивых мыслей. Следовательно, подростки зачастую стыдятся и неохотно раскрывают симптомы своего состояния. Проявления обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков такие же, как и у взрослых, а именно: постоянные и повторяющиеся мысли, образы, импульсы и ритуалы. J. Rapoport et al. (1988) обследовав 9 детей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, выявили у 6 из них суицидальные мысли. В. А. Гурьева с соавт. (1980, 1994) указывают на особую опасность для жизни подростка суицидальных мыслей и фантазий, принимающих компульсивный характер.

Примерно 22,0 % подростков, совершающих суицидальные попытки, никогда ранее не наблюдались у психиатра, были полностью адаптированы в социальном и психологическом смысле. Ряд авторов полагают, что большинство суицидальных действий совершается психически здоровыми лицами в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Анализируя работы этих исследователей, Ю. И. Полищук (1993) утверждает, что психическое состояние пациентов в пресуицидальном периоде, а также во время совершения суицидальных действий в ряде случаев описано неполно в виду невозможности обследования пациентов непосредственно в момент суицидального акта, а в других

наблюдениях уровень реакций выходит за рамки непатологического. Появление в пресуицидальном периоде выраженной тревоги, депрессии, диссомний и вегетативных нарушений говорит о трансформации симптоматики из аномальных личностных реакций в то или иное психическое расстройство. В большинстве случаев психопатологическая картина укладывается в рамки адаптационных реакций. Здесь острота развития суицидальных проявлений зависит от степени взаимодействия характерологических черт подростка, условий воспитания, содержания психогений, а также пубертатных психосоциальных и соматических сдвигов. Длительность, стойкость и серьезность суицидальных намерений, как правило, имеют неодинаковую степень выраженности. Способ покушения на самоубийство не является информативным в плане определения истинности этих намерений, а граница между истинным суицидальным и демонстративно-шантажным поведением подростка весьма условна. Невротические реакции детского и подросткового возрастов, по мнению В. А. Гурьевой, В. Я. Гиндикина, следует рассматривать в рамках формирующейся психопатии. Эти реакции авторы разделяют на два вида: активные формы, к числу которых наряду с различными формами взрыва аффекта, агрессией, рвотой, относят суицидальные попытки; реакции пассивной оппозиции включают в себя неподчинение, уход в себя, мутизм и др.

И. С. Лазарашвили (1986) проводил изучение лиц, страдающих расстройствами личности, совершающих повторные суицидальные действия. На основании анализа пресуицидальных состояний пациентов автором была выделена типология патологических суицидоопасных реакций. В зависимости от варианта расстройства личности 12 типов реакций были разделены на 3 группы. Во всех группах эти реакции приводили к актуализации переживаний, которая препятствовала компенсации психопатии, а также закреплению суицидальных тенденций как проявлений патологической защиты, особенно в ситуациях, когда совершение пациентом попытки расстаться с жизнью приводило к разрешению жизненной ситуации в «благоприятную» для него сторону. Особенности суицидального поведения при расстройствах личности также были изучены Э. А. Чомалян (1983) у 72 подростков. Причинами суицидального поведения чаще всего являлись идеи обиды, оскорбления, несправедливое отношение окружающих, унижение личного достоинства, различные школьные и производственные конфликты. Риск суицида значительно повышался при декомпенсации психопатии.

Психотические состояния являются одним из главных факторов риска суицидального поведения. Поэтому центральная клиническая задача при работе с суицидальным подростком состоит в идентификации психотических переживаний, например, процессов мышления, а особенно императивных слуховых галлюцинаций, на предмет суицидального содержания. Симптомы, появляющиеся в инициальный период шизофрении, иногда расцениваются как проявления других психических заболеваний – депрессии, тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств, состояний органической природы, личностной патологии. В частности, у подростка могут отмечаться постоянное снижение личности, социальная отгороженность, снижение работоспособности, побуждений и снижение самооценки. Суицидальное поведение иногда может являться одним из проявлений инициального периода шизофрении. Иногда происходящая в инициальный период суицидальная попытка является следствием реальной психотравмирующей ситуации и не рассматривается как проявление шизофренического процесса. В манифестный период (Корнетова Е. Г., Семке А. В., 2009) нередко отмечается острый чувственный бред, сопровождающийся растерянностью, аффектом страха, тревоги, вербальными иллюзиями и галлюцинациями. Встречающиеся в рамках этого дебюта бред воздействия и явления психического автоматизма обычно остры, непоследовательны, фантастичны, но в то же время чувственно конкретны. Возникновение суицидальных тенденций определяется не депрессивным аффектом, а другими причинами, иногда парадоксальными. В то же время довольно часто на фоне повышенного настроения эти тенденции являются элементом диссоциации эмоциональных проявлений. В некоторых случаях аффективные колебания носят характер немотивированного тоскливого настроения, сопровождающегося двигательным возбуждением и суицидальными действиями. При простой шизофрении (Корнетова Е. Г., 2001) депрессивные проявления обычно завуалированы апато-абулическим «фасадом», а упорные суицидальные тенденции скорее всего выходят из общих витальных механизмов депрессивного аффекта, вторичных по отношению к чувству измененности функций «эго» под влиянием процессуальных симптомов, нежели являются следствием шизофренических волевых нарушений. Г. И. Копейко (1987, 1998) анализируя феноменологию и динамику бреда отношения в юношеском возрасте, указывает, что наряду с пассивными формами бредового поведения – избегание людей, уединение, могут встречаться неожиданные

для окружающих суицидальные попытки. Так, у 54,8 % молодых пациентов, страдающих сенситивным бредом отношения, отмечаются упорные суицидальные мысли, а 21,5 % совершают серьезные попытки расстаться с жизнью, после которых бредовая фабула не меняется, а суицидальные мысли сохраняются в той же степени выраженности. Иногда только длительное наблюдение может помочь в более достоверной оценке клинико-психопатологических проявлений в подростковом возрасте.

3.6. Психические расстройства как причина самоубийства лиц среднего возраста

С большою нежностью – потому,
Что скоро уйду от всех, –
Я все раздумываю, кому
Достанется волчий мех,

Кому – разнеживающий плед
И тонкая трость с борзой,
Кому – серебрянный мой браслет,
Осыпанной бирюзой...

Цветаева М. И.

Психические расстройства и самоубийство не соотносятся как причина и следствие; прямая взаимосвязь между ростом числа психических болезней и суицидом отсутствует. На протяжении XX века резко возрастало число суицида, а число психических заболеваний за этот же период увеличилось незначительно. Среди совершавших самоубийство всегда преобладали мужчины, соотношение числа мужчин и женщин, совершивших суицид, составляет, по данным Бертильона (Bertillon A., 1896), 4:1 и, по данным Шарфеттера (Scharfetter C., 1973), 2,4:1. В то же время соотношение психически больных мужчин и женщин примерно одинаково, а такое психическое расстройство, как депрессия, чаще всего сопутствующее суициду, встречается у женщин значительно чаще, чем у мужчин.

Доля суицида, совершаемая лицами с психическими расстройствами, увеличивалась на протяжении всего прошлого столетия. В начале XX века она составляла, по данным Л. А. Прозорова (1911) и Э. Крепелина (1912), 30,0 %, по данным А. Д. Коцовского, 40,0 %; в 1950-е годы,

по данным Барюка (Baruk Н., 1959), 70,0 %; в начале 1970-х годах, по данным Шарфоттора (1973) – 94,0 % от общего числа самоубийств. Рост суицида среди лиц с психическими расстройствами связан с теми же причинами, которые обуславливают рост самоубийств вообще. В частности, имеет значение старение населения, то есть увеличение той группы людей, среди которой частота самоубийств является наибольшей.

При психических расстройствах в генезе суицида принимают участие три фактора:

1. Психопатологические нарушения.
2. Воздействия окружающей среды, обуславливающие затруднения адаптации или оказывающие прямое психотравмирующее влияние.
3. Личностно обусловленные установки (суицидальная или антисуицидальная направленность).

Значение каждого фактора неодинаково и определяется степенью и формой психических нарушений. При выраженных психических расстройствах, в первую очередь при психозах, суицид преимущественно или полностью обуславливается психопатологическими симптомами. Чем легче протекают психические расстройства, в частности в тех случаях, когда они характеризуются симптомами, свойственными пограничным состояниям, тем в большей степени суицид определяется воздействиями окружающей среды и личностными установками.

Самоубийство относительно редко совершают больные, страдающие выраженными психическими нарушениями, например, находящиеся в состоянии психоза, так как этому обычно препятствует помещение больного в психиатрическую больницу.

Подавляющее число суицида приходится на долю больных с легкими или стертыми формами психических расстройств. Суицид наиболее вероятен в период ремиссии, при вялом течении заболевания, в периоде выздоровления, в частности в ближайшее время после выписки больного из психиатрической больницы, а также в начале развития психической болезни, в этом случае суицид или суицидальная попытка нередко является первым явным проявлением психического расстройства. Преобладание суицида при легких психических нарушениях подтверждается и таким фактом, как наличие среди совершивших самоубийство большого числа лиц с невыявленными психическими расстройствами. В случаях стертых психических нарушений предсказать возможность суицида, исходя лишь из особенностей психопатологии, чрезвычайно трудно.

Эмоциональные расстройства. Чаще всего суицид совершается больными в состоянии депрессии различного происхождения. Наличие суицидальных мыслей при депрессии является закономерностью, и выражение психиатров прошлого века «меланхолия – психоз самоубийц» не опровергнуто временем.

Среди больных с выраженными депрессивными состояниями опасность суицида наиболее высока при тревожно-ажитированных депрессиях, в том числе тех из них, которые сопровождаются депрессивным бредом самообвинения, разорения, самоуничтожения, синдромом Котара, меланхолической деперсонализацией, особенно, когда та проявляется в форме *anaesthesia dolorosa psychica* (полная психическая анестезия). Такие депрессивные состояния встречаются в первую очередь при биполярном аффективном расстройстве, шизофрении, пресенильной меланхолии. Очень велик риск суицида у больных с депрессивно-параноидным состоянием, чаще всего встречающемся у больных шизофренией. Самоубийства в состоянии выраженной дисфории обычно совершаются больными эпилепсией, шизофренией, органическими психическими расстройствами, в первую очередь травматического генеза. В тех случаях, когда больных с перечисленными психическими расстройствами своевременно не направляют в психиатрическую больницу, возможно расширенное самоубийство, распространяющееся на детей и (или) брачного партнера заболевшего.

В тех случаях, когда больные с депрессивными состояниями находятся в психиатрической больнице, суицид или суицидальная попытка совершается ими обычно или во вторую половину ночи или под утро, то есть в период наибольшей интенсивности аффекта тоски. В дневное время суицид совершается больными, находящимися в состоянии депрессии, преимущественно меланхолического раптуса.

Психотические расстройства. Сведения о частоте суицида и суицидальных попыток при отдельных нозологических формах приводят в основном в отношении эндогенных заболеваний. По данным различных исследователей, на их долю приходится от 6,0 до 66,0 %, чаще всего от 30,0 до 50,0 % всех суицидов и суицидальных попыток. При этом лица с биполярным аффективным расстройством с психотическими симптомами, совершают суициды значительно чаще, чем больные шизофренией. Вместе с тем существует точка зрения, согласно которой, частота самоубийств при шизофрении явно недооценивается (Корнетова Е. Г., Семке А. В., 2014). Чаще всего при эндогенных психозах суициды совершаются в состоянии депрессии: от 3,0 %, по данным Перриса

(Perris C., 1966), до 15,0 %, по данным Сейнсбери (Seinsbury P.), от числа всех депрессивных состояний. По мнению большого числа исследователей, примерно 10,0 % больных эндогенными депрессиями совершают самоубийство. Частота самоубийств при эндогенных заболеваниях нарастает одновременно с увеличением их продолжительности. Так, при шизофрении после 8 лет болезни совершило суицид, по данным Осмонда и Хоффера (Osmond H., Hoffer A., 1967), 1,8 % больных, а после 10 лет болезни, по данным Пельдингера (Poldinger W., 1968), 4,0 % больных. Для больных шизофренией, совершающих самоубийства, особенно характерны затяжные субдепрессии с «философической интоксикацией», аутистически-пессимистическим мировоззрением, выраженными необычайно тягостными расстройствами мышления.

При эндогенных заболеваниях суицидальные попытки встречаются в 10,0–25,0 % случаев, и их смертельный исход при биполярном аффективном расстройстве и шизофрении наблюдается значительно чаще, чем у больных с другими нозологическими формами. У этих же больных наблюдается и наибольшее число повторных суицидальных попыток, заканчивающихся суицидом. У лиц с пограничными психическими расстройствами значительно чаще встречаются неоднократные суицидальные попытки, не завершающиеся суицидом.

В острых бредовых состояниях самоубийство чаще всего совершается при образном бреде, при котором преобладают идеи физического уничтожения больного, выраженный страх и двигательное возбуждение с импульсивными действиями (при шизофрении, алкогольном, реактивном, эпилептическом параноиде).

При бредовых психозах с паранойяльным и галлюцинаторно-бредовым синдромами суицид чаще совершают больные с ипохондрическим и религиозным бредом, а также с бредом супружеской неверности. В последнем случае самоубийству мужчин может предшествовать убийство брачного партнера. Религиозный бред может быть причиной расширенного самоубийства большого числа людей. Суицид у больных с паранойяльным и галлюцинаторно-бредовым синдромами встречается при шизофрении, алкогольных психозах, параноиде, патологическом развитии личности.

Среди больных с галлюцинаторными расстройствами суицид чаще всего встречается при вербальном галлюцинозе императивного, угрожающего и осуждающего содержания, сочетающемся с тоской, тревогой, страхом и галлюцинаторным бредом; такой галлюциноз встречается

при алкогольных галлюцинозах, шизофрении, галлюцинозе при сифилисе мозга, сосудистых и травматических поражениях ЦНС.

Самоубийство у больных с состояниями помрачения сознания наблюдаются при делирии и сумеречном помрачении сознания, то есть в тех случаях, когда преобладают зрительные галлюцинации (преимущественно устрашающего содержания), страх и двигательное возбуждение (интоксикационные психозы, эпилепсия, психозы при черепно-мозговой травме).

Иногда суициды совершаются больными, находящимися в состоянии кататонического возбуждения. Таким образом, суициды у больных с выраженными психическими расстройствами чаще встречается при сочетании различных психопатологических симптомов, образующих нередко большой синдром.

При реактивных психозах самоубийства чаще всего совершаются в состояниях реактивной депрессии; при этом может наблюдаться и расширенное самоубийство. В редких случаях самоубийства при реактивных психозах распространяется одновременно на большое число людей, то есть принимает характер эпидемии. В последнем случае самоубийство обусловлено всегда серьезными социальными причинами, например национальной катастрофой, сопровождаемой крушением моральных и политических ценностей. При эпидемиях суицида, наряду с психической травмой, имеет значение и фактор психической индукции. Последний играет ведущую роль при расширенном суициде членов религиозных сект.

Расстройства личности и невротические расстройства. Отмечаясь случаи суицида больных, у которых наблюдаются психопатологические симптомы, свойственные личностным и невротическим расстройствам, а также реактивным состояниям. Высокий риск суицида обусловлен у этих больных их большой подверженностью воздействию внешних психотравмирующих факторов, а также тем обстоятельством, что очень часто перечисленные формы психической патологии сопровождаются депрессией.

При легких психопатологических нарушениях самоубийства чаще совершаются в субдепрессивных состояниях. Их структура отличается большим разнообразием. Это субдепрессии с преобладанием гипотимии, ипохондрии сверхценного или навязчивого характера, сенестопатий, вегетативных расстройств, легких проявлений деперсонализации, адинамии, дисфорического компонента; подобные состояния встречаются при тяжелых психических расстройствах (шизофрения, биполяр-

ное аффективное расстройство, униполярной депрессии), невротических и личностных расстройствах.

Алкоголизм и наркомании. Чрезвычайно велик риск суицида при хроническом алкоголизме, токсикоманиях, особенно барбитуратизме, наркоманиях. Среди мужчин, больных хроническим алкоголизмом, распространенность суицида, по данным Уолтона (Walton H.J., 1958), в 60, а по данным Кессела (Kessel N., 1965), в 85 раз выше распространенности суицида среди населения в целом. Среди самоубийц больные хроническим алкоголизмом, по данным Акхте (Achte K., 1969), составляют 10,0 %, а по данным Дорпета и Рипли (Dorpat T. L., Ripley H. S., 1962) – 27,0 %. Мужчины чаще совершают суицидальную попытку в состоянии опьянения, женщины – в период похмельных расстройств. Осложнение основного психического заболевания алкоголизмом, особенно хроническим, всегда резко повышает риск совершения самоубийства.

4. Суицид: профилактика, диагностика, лечение

4.1. Требования к специалисту, работающему с суицидентами

Перо спотыкалось и трещало по бумаге. Он открыл боковой ящик письменного стола, чтобы достать свежее перо. Сбоку лежал в потертой кобуре браунинг, который он брал с собою в разъезды. Вынул его из кобуры, – плоский, блестящий, – и стал рассматривать. Застрелить бы себя!.. И оставить записку: «Заела ты мне жизнь, подлая баба. Проклятье тебе!».

Вересаев В. В. Невыдуманные рассказы о прошлом. Случай

Очевидно, что специалист (психолог, психотерапевт, врач-психиатр) в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей – оказания помощи человеку, предпринявшему суицидальную попытку (или его родственникам), подвергается воздействию психотравмирующих факторов. При их длительном или сочетанном воздействии у специалиста может развиваться так называемый синдром профессионального сгорания или профессиональная деятельность специалиста не будет эффективной. Оба таких варианта развития событий представляются неприемлемыми, так как без преувеличения можно говорить, что ценой ошибки здесь являются человеческие жизни.

Практика показывает, что далеко не каждый специалист может работать в антикризисной службе. Очевидно, к специалисту антикризисной службы предъявляется ряд специфических требований, во многом обуславливающих его профессиональную успешность. Ниже перечислены основные из них:

1. Соматическое и психическое здоровье.
2. Наличие высшего психологического или медицинского образования и прохождения циклов специализации.
3. Сформированная система ценностей, где жизнь и здоровье человека занимают одно из лидирующих мест.
4. Развитая способность к самоконтролю и произвольной регуляции своего поведения.
5. Высокая устойчивость к психоэмоциональным перегрузкам.
6. Внутренняя культура и такт.
7. Серьезное и уважительное отношение к так называемой «психической боли» пациента.

4.2. Индикаторы суицидального риска

И вновь вернусь я в отчий дом,
Чужою радостью утешусь,
В зеленый вечер под окном
На рукаве своём повешусь.

Есенин С. А.

Специалистам, работающим с потенциальными суицидентами, учреждения необходимо принимать во внимание наличие индикаторов суицидального риска (табл. 6.) – особенностей сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска; и учитывать, что большинство, совершающих суицидальные действия, осуществляют их при незначительном временном разрыве от начала формирования суицидальных мыслей (Малкина-Пых И. Г. 2005; Розанов В. А., Моховиков А. Н., 2007; Шелехов и др., 2011).

Таблица 6

Индикаторы суицидального риска и их характеристики

Группа индикаторов	Характеристика
Ситуационные индикаторы	Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть любимого человека; развод родителей; сексуальное насилие; денежные долги; потеря высокого поста; раскаяние за совершенный проступок; угроза наказания; получение тяжелой инвалидности; психическое расстройство; шантаж; ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; одиночество, тоска, усталость; религиозные мотивы; подражание кумиру и т.д.
Поведенческие индикаторы	Злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем; уход из дома; самоизоляция от других людей и жизни; резкое снижение повседневной активности; изменение привычек (несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью); выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами; частое прослушивание траурной или печальной музыки; «приведение дел в порядок» (урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздавание личных вещей); любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких; склонность к неоправданно рискованным поступкам; посещение врача без очевидной необходимости; нарушения дисциплины или снижение качества успеваемости и связанные с этим неприятности в учебе; расставание с дорогими вещами или деньгами; приобретение средств для совершения суицида.
Коммуникативные индикаторы	Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное); шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям; уверения в беспомощности и зависимости от других; прощание; сообщение о конкретном плане суицида, самообвинения, двойственная оценка значимых событий; медленная, маловыразительная речь.

Группа индикаторов	Характеристика
Когнитивные индикаторы	Разрешающие установки относительно суицидального поведения; негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего; представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить; представление о мире как месте потерь и разочарований; представление о будущем как бесперспективном, безнадежном; «туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида; наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.
Эмоциональные индикаторы	Амбивалентность по отношению к жизни; безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние; переживание горя; депрессия; несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность; вина или ощущение неудачи, поражения; чрезмерные опасения или страхи; чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности; рассеянность или растерянность.

Особое значение индикаторы суицидального риска приобретают на фоне симптомов депрессии. Очевидно, что диагноз депрессии должен ставить врач – специалист в области психиатрии. Вместе с тем, всем специалистам, работающим с потенциальными суицидентами, необходимо знать разнообразные симптомы депрессии (Малкина-Пых И. Г., 2005; Розанов В. А., Моховиков А. Н., 2007).

4.3. Признаки суицидальных намерений

Он достал лист почтовой бумаги и крупным, твердым почерком написал:

«Загубила ты мою жизнь, проклятая баба!»

Потом вынул из револьвера обойму с патронами и приставил пустой револьвер к виску. Дуло холодом тронуло кожу. Он перечитал написанное и нажал спуск. Но он забыл...

Он забыл, что первый патрон, который лежит в стволе револьвера не вынимается вместе с обоймой. На всю квартиру ахнул выстрел.

Вересаев В. В. Невыдуманные рассказы о прошлом. Случай

Учитывая актуальность профилактики суицида, многие исследователи задаются вопросом: нельзя ли заранее распознать суицидента и помешать его намерению? Абсолютно точных признаков суицидального риска нет, но наиболее общими являются:

1. Депрессия (тоска, отчаяние, идеи вины, безразличие, отсутствие аппетита, нарушения сна).

2. Устные или письменные намеки, включающие в себя рассуждения о самоубийствах, рассказы о своих проблемах, просьбы о помощи или предпочтение пессимистических, мрачных или суицидных тем в беседах искусстве и литературе. Решение о самоубийстве не возникает сразу, почти всегда ему предшествуют попытки поделиться с другими людьми. Около 80,0 % людей, совершающих суицид, предварительно дают знать о своих намерениях, хотя способы сообщения об этом могут быть завуалированы. Это обычно происходит в форме разговора о суициде или сообщений о желании умереть, о своей никчемности, беспомощности и о своем безнадежном положении или упоминаний о суициде в кинематографе и литературных произведениях.
3. Социальная изоляция, уход в себя (отсутствие поддержки родственников и друзей).
4. Проблемы в учебе или на работе (опоздания, прогулы).
5. Саморазрушающее поведение (попытки самоубийства, членовредительство, провоцирование несчастных случаев).
6. Употребление алкоголя и наркотиков повышает вероятность действий, совершаемых под влиянием внезапных импульсов. Иногда гибель от передозировки наркотиков является преднамеренной.
7. Вызывающее поведение (уходы из дома, правонарушения, сексуальная распущенность).
8. Неряшливый внешний вид и небрежность в одежде.
9. Эмоциональная лабильность.
10. Жалобы на состояние здоровья.
11. Поглощенность темами смерти.
12. Раздаривание ценных вещей и составление завещания.
13. Недавнее самоубийство друга или близкого родственника. Потенциальные самоубийцы часто имеют покончивших с собой родственников или друзей.

4.4. Оценка риска суицида

Mors certa, hora incerta –

Самое определённое в жизни – смерть,
самое неопределённое – её час.

Латинская поговорка

Умирают не старые, а спелые.

Русская поговорка

При обследовании лиц с психическими нарушениями, помимо определения психического статуса, следует обращать внимание на признаки, сочетание которых позволяет заподозрить возможность совершения суицида. К ним относятся:

1. Случаи суицида и суицидальных попыток у родственников больных (следует выяснить при этом их возраст в момент совершения таких попыток, так как нередко семейную предрасположенность к суициду находят в различных поколениях пробанда), если в восходящем поколении обнаруживают суицид, есть риск, что больным оно будет совершено в более молодом возрасте.
2. Наличие в анамнезе заболевшего суицидальных мыслей, обдумываний методов совершения суицида и суицидальных попыток.
3. Наличие у заболевшего в прошлом возникавших спонтанно или обусловленных внешними причинами поступков, как будто психологически понятных, повлекших за собой резкое изменение его привычного стереотипа жизни и (или) изменений в профессиональной деятельности.
4. Острая реакция в прошлом на события в личной и профессиональной жизни.
5. Наличие в прошлом депрессивных расстройств.
6. Наличие (особенно у лиц пожилого возраста) хронических соматических заболеваний, вызывающих физические страдания и затрудняющих приспособление.
7. Одинокое проживание, особенно пожилых людей.
8. Сочетание психического заболевания с алкоголизмом.

Склонность к самоубийству резко возрастает при депрессивном синдроме. Иногда приходится проводить частые повторные обследования, так как суицидальные намерения могут исчезать и вновь появляться. При расспросе, направленном на оценку риска суицида,

рекомендуется постепенно переходить от общих вопросов ко все более конкретным, например:

- Вы довольны жизнью?
- Как часто у вас бывают серьезные неприятности?
- Часто ли у вас бывает подавленное настроение?
- Вы когда-нибудь хотели умереть?
- С чем это было связано?
- Вам когда-нибудь хотелось покалечить или убить себя?
- Как долго продолжались такие чувства и мысли?
- Совершал ли кто-нибудь из ваших близких самоубийство или попытку самоубийства?
- Вы думали о том, как осуществить свои намерения?
- Был ли у вас конкретный план?
- Пытались ли вы убить себя?
- Есть ли у вас оружие, яд, сильнодействующие лекарственные препараты?
- Что вас сдерживает: боязнь причинить боль близким, религиозные соображения?

С помощью подобных вопросов выявляют суицидальные намерения, наличие средств или плана самоубийства. Существуют опасения, что такие вопросы могут зародить мысли о самоубийстве, однако, как показывает практика, эти опасения беспочвенны.

Оценка риска самоубийства сложна и в каждом случае индивидуальна. Нет таких признаков, по которым можно было бы достоверно распознать человека, готового к самоубийству. Важно не только правильно задавать вопросы и интерпретировать ответы, но и наблюдать за выражением лица пациента, его внешностью, позой, жестами и прочими невербальными признаками. Любая мелочь может иметь значение; порой то, о чем больной умолчал, оказывается важнее его слов, а бездействие – важнее поступков. Некоторые же поступки могут быть особенно важны – например, если человек вдруг начинает приводить в порядок все свои дела, составляет завещание или покупает участок на кладбище. Необходимо выяснить, как оценивают риск самоубийства родные и близкие больного. Группу высокого риска составляют одинокие люди, особенно те, кто недавно утратил последнего из близких.

Следует различать мысли о самоубийстве (в том числе навязчивые), ложные угрозы и симуляцию попыток самоубийства, истинные попытки самоубийства и собственно самоубийство. Когда обиженный ребенок заявляет: «Вот я умру, тогда пожалеете!», когда молодая женщина

пытается удержать возлюбленного, демонстративно приняв безопасную дозу аспирина, когда курильщик заявляет: «Я занимаюсь типичным самоубийством», – это одно, но когда овдовевший старик живет с постоянными мыслями о смерти или мужчина в расцвете сил узнает, что у него неоперабельный рак, и делает попытку застрелиться, – это совсем другое.

Психолог и врач должны быть постоянно в курсе того, как видится пациенту его будущее: строит ли он планы, есть ли у него цели или же он считает свою жизнь пустой и бессмысленной. Для этого необходимо знать обо всех переменах в жизни больного – семейных, профессиональных, финансовых.

Как уже говорилось, данные о числе самоубийств могут быть заниженными – не исключено, что самоубийства скрываются за некоторыми несчастными случаями (автокатастрофами, пожарами, падениями с высоты). Ниже рассматриваются некоторые факторы, указывающие на повышенный риск самоубийства. Нужно иметь в виду, что лица, у которых есть даже сочетание нескольких факторов риска суицида, далеко не всегда совершают самоубийство, и наоборот, самоубийство могут совершить люди, не имеющие к нему, казалось бы, никаких предпосылок.

4.5. Факторы повышенного риска самоубийства

Вот унесли Дональда с простреленным сердцем и положили на столик рядом с бокалом его пистолет и посмертную записку: «Приходя не радуйся, уходя не грусти. Пистолет отдайте Воронину. Когда-нибудь пригодится».

Стругацкие А. Н. и Б. Н. Град обречённый

В причинах суицидального поведения важную роль играют факторы трех типов: индивидуальные, клинические и социальные (или средовые). При этом следует иметь в виду, что суицидальное поведение включает в себя как намерение, так и попытку совершить самоубийство (парасуицид), причем попытки могут быть истинными и демонстрационно-шантажными.

На первом месте среди факторов суицидального поведения стоят личностные свойства индивидуума: то, как он ценит жизнь, его про-

шное и акцентуация его личности. Трудно ожидать самоубийства от человека сильного, стеничного, уверенного в себе, умеющего преодолевать препятствия (не только личные, но и социальные). Хотя и здесь могут быть варианты. Гораздо больше рискуют в этом отношении люди эмоционально неустойчивые, легко ранимые, обидчивые, склонные к депрессии – люди с такими психическими особенностями более чувствительны к психотравмирующим факторам. Чем более зрелой является личность, тем более успешно она способна противостоять психотравмирующим факторам и тем меньше вероятность, что внутриличностный конфликт приведет к суицидальной попытке.

Современными исследователями выделяются следующие группы факторов повышенного риска суицида: социальные, индивидуально-психологические, антропологические, медицинские, природные (рис. 2). Рассмотрим их более подробно.

I. Социальные

Образование. Люди с высшим образованием менее склонны к суициду. Самая опасная группа – люди с неполным средним образованием. Безработные и неквалифицированные рабочие совершают самоубийства чаще, чем работающие высококвалифицированные специалисты.

Профессия. Распространенность самоубийств выше среди врачей (особенно психиатров, хирургов, анестезиологов), военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов, предпринимателей, представителей богемы.

Распространенная причина самоубийства – чувство профессиональной непригодности в сочетании с несостоятельностью в семейной жизни (например, в качестве жены и матери).

Занятость. Лица, имеющие постоянную работу, предоставляющую социальные гарантии, характеризуются относительно низким риском суицидальных тенденций.

Социально-экономический статус. Существует прямая зависимость между суицидами и изменением социального и/или экономического статуса (люди, в чьей жизни произошли значительные изменения: выход на пенсию, потеря работы, синдром «пустого гнезда»), имеющая в социологии название «Комплекс короля Лира».

Семейное положение и круг общения. Наиболее высок риск самоубийства у холостяков, никогда не состоявших в браке, затем следуют вдовцы, разведенные, состоящие в браке, но бездетные и, наконец, состоящие в браке и имеющие детей. Группу повышенного риска

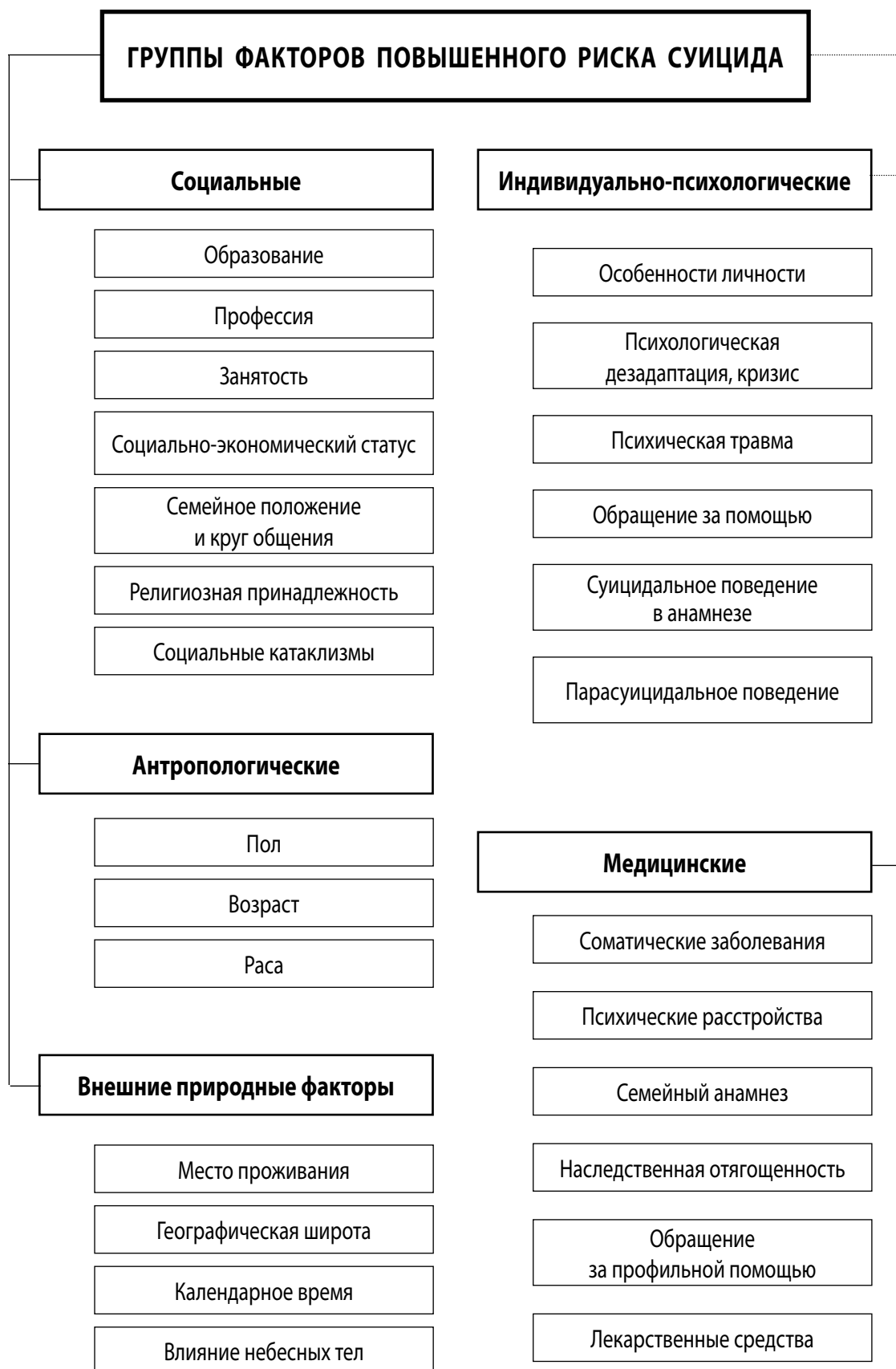


Рис. 2. Классификация факторов повышенного риска суицида

составляют одинокие люди и те, о которых никто не заботится и которые сами ни о ком не заботятся, а также недавно потерявшие любимого человека или потерпевшие крах в любви (особенно в течение первых 6–12 месяцев).

Религиозная принадлежность. Лица из католических и мусульманских семей совершают самоубийства реже.

Социальные катаклизмы. Общественные катаклизмы оказывают непосредственное влияние на уровень самоубийств. Экономические кризисы влияют не только на материальное положение – часто человек чувствует себя полным неудачником и винит в первую очередь не внешние обстоятельства, а себя. В такой ситуации будущее кажется неопределенным, а самоубийство – единственным приемлемым решением.

II. Индивидуально-психологические

Особенности личности. Люди, характеризующиеся выраженными внутриличностными конфликтами, а также возбудимым типом акцентуации характера имеют относятся к группе повышенного риска совершения суицида.

Психологическая дезадаптация, кризис. Лица, характеризующиеся низким личностным адаптационным потенциалом, склонны к возникновению девиантных и делинквентных поведенческих реакций. Отсутствие адаптационного потенциала личности нарушает социализацию и может проявляться в крайних формах в том числе и суицидальных попытках (Буртовая Н. Б., 2009, 2015). Особую опасность представляют периоды психологических кризисов.

Психическая травма. Наличие в анамнезе жизни событий, связанных с выраженными психотравмирующими ситуациями (война, правонарушения, потеря близких), является фактором, значительно повышающим риск возникновения суицидальных реакций.

Иногда суициды происходят вскоре после совершения убийства. Чаще всего это наблюдается после убийства супруга на почве ревности или в связи с его безнадежной болезнью, убийства собственных детей или кого-то из членов семьи из-за подозрения в недостойном поведении, измене, из ложных представлений о справедливости.

Обращение за помощью. Большинство больных обращаются к психологам или психиатрам на протяжении года, предшествующего самоубийству. В то же время поиски помощи нельзя считать поведением, типичным для потенциальных самоубийц. В одном из исследований

самоубийств среди учащихся колледжей выяснилось, что никто из покончивших с собой не обращался за помощью и не обнаруживал признаков депрессии. Из совершивших же самоубийство студентов высших учебных заведений помощи искали примерно 50,0 %.

Суицидальные попытки в анамнезе

1. Угрозы и попытки самоубийства обычно бывают повторными. По разным данным, от 20,0 до 60,0 % покончивших с собой ранее уже предпринимали попытку самоубийства. Попытки, совершенные в состоянии аффекта, нередко повторяются. Те, кто действительно пытались покончить с собой, чаще предпринимая повторные попытки, чем лица, симулировавшие самоубийство для привлечения чьего-то внимания или иных выгод. Попытки самоубийства совершаются в 10 раз чаще, чем собственно самоубийства.
2. Повторные попытки чаще заканчиваются смертью, чем первая.
3. Вторая суицидальная попытка обычно совершается в течение 3 месяцев после первой.

Парасуицидальное поведение. К поведенческим реакциям, связанным с повышенным риском суицида, относятся увлечения экстремальными видами спорта (серфинг, мотоспорт, горные лыжи и др.), выбор специфических профессий (промышленный альпинизм, спасатели, шахтеры, пожарные).

Согласно концепции З. Фрейда, психологическим механизмом, объясняющим возникновение парасуицидального поведения, является доминирование Танатоса (Мортидо), обуславливающего влечение к смерти (агрессии).

III. Антропологические

Пол

1. Мужчины примерно в 3 раза чаще, чем женщины, совершают самоубийство, прибегая к таким радикальным средствам как огнестрельное оружие или самоповешение. По-видимому, риск особенно высок у мужчин среднего возраста в моменты тяжелых жизненных кризисов – например, при тяжелых заболеваниях (инфаркте миокарда, злокачественных новообразованиях), при крупных финансовых неудачах, после развода – если они начинают злоупотреблять алкоголем и не соглашаются с диагнозом депрессии.

2. Женщины в 2–3 раза чаще мужчин совершают суицидальные попытки.

Возраст

1. Самоубийства среди детей встречаются редко.
2. Риск самоубийства резко возрастает в период полового созревания и достигает своего максимума в возрастной группе от 15 до 34 лет. Службами здравоохранения США ежегодно регистрируется более 250 тыс. попыток самоубийства среди школьников и студентов 15–19 лет. Преобладают девушки, особенно латиноамериканки (около 15,0 %), затем следуют белые (10,0 %) и негритянки (8,0 %).
3. Распространенность самоубийств среди мужчин зрелого возраста нарастает в период от 50 до 70 лет. Согласно некоторым данным, в настоящее время увеличивается количество самоубийств и среди мужчин старше 75 лет. В этой группе лишь каждый седьмой из покончивших с собой наблюдался психиатром (старики вообще гораздо реже, чем молодые, получают психиатрическую помощь). По недавним оценкам, в США распространенность самоубийств среди белых мужчин старше 64 лет достигает 45:100 000 населения, а среди женщин той же группы – 7,5:100 000.
4. Распространенность самоубийств среди женщин зрелого возраста растет после 50 лет, достигая пика между 55 и 65 годами.

Раса. По имеющимся данным за 2014 год, частота самоубийств в США и Канаде выше среднего уровня у индейцев, эскимосов и молодых афроамериканцев.

Повышенным риском суицида характеризуется аборигенное население, сохранившее традиционные системы жизнеобеспечения, особые формы хозяйственной деятельности. В социальных образованиях с низкой толерантностью особую группу риска составляют метисы.

IV. Медицинские

Соматические заболевания. Риск самоубийства повышен вскоре после операций, при постоянных болях, при хронических, неизлечимых или приводящих к социальной изоляции заболеваниях. Хотя среди лиц с ВИЧ инфекцией количество самоубийств в 30–40 раз выше, это соответствует, видимо, и высокой распространенности депрессии при ВИЧ инфекции. У больных со злокачественными новообразованиями (кроме опухолей ЦНС) распространенность самоубийств выше в 2–4 раза. Риск самоубийства повышается при многих заболеваниях, непосредственно поражающих головной мозг (ВИЧ-инфекция, болезнь Гентингтона, эпилепсия), что может свидетельствовать о роли нарушения мозговых сдерживающих механизмов.

Психические расстройства

1. Депрессия, особенно при выраженной тревожности (в частности при наличии панических приступов) и ангедонии (утрата способности испытывать удовольствие и удовлетворение). Следует помнить, что, с одной стороны, подавленное настроение может быть обусловлено соматическим заболеванием, а с другой – эмоциональные расстройства могут проявляться соматическими симптомами (например, маскированная, или соматизированная, депрессия). Мысли о самоубийстве разной выраженности и продолжительности бывают почти у всех больных с монополярной депрессией.

2. Психозы, особенно сопровождающиеся чувством ужаса, подозрительностью, бредом преследования или псевдогаллюцинациями в виде приказывающих или угрожающих «голосов». Особенно высок риск самоубийства у больных с психотической депрессией и молодых больных с кататонией.

3. Гомосексуализм. Установлено, что гомосексуалисты обоих полов предпринимают попытки к самоубийству в 2–7 раз чаще, чем гетеросексуалы, причем от 20,0–60,0 % успешно завершают их. Предполагается, что основной причиной самоубийств среди гомосексуалистов является их социальное отвержение (Нарицин Н. Н., 2008).

4. Алкоголизм и наркомания. Риск самоубийства возрастает при употреблении алкоголя (из-за ослабления процессов торможения) и многих наркотических веществ (например, ЛСД – из-за возникновения бредовых идей на почве интоксикации).

5. Периоды повышенного риска у женщин – первые месяцы после родов и неделя, предшествующая менструации.

Семейный анамнез. Самоубийства и попытки самоубийства чаще совершаются теми, у кого в семье уже были подобные случаи или покончил с собой кто-то из близких друзей.

Обращение за профильной помощью. Большинство больных обращаются к психологам или психиатрам на протяжении года, предшествующего самоубийству. В то же время поиски помощи нельзя считать поведением, типичным для потенциальных самоубийц. В одном из исследований самоубийств среди учащихся колледжей выяснилось, что никто из покончивших с собой не обращался за помощью и не обнаруживал признаков депрессии. Из совершивших же самоубийство студентов высших учебных заведений помощи искали примерно 50,0 %.

Лекарственные средства. Некоторые лекарственные средства, например резерпин и комбинированные пероральные контрацептивы, могут усугубить депрессию.

Наследственная отягощенность. Представляется дискуссионным вопрос генетического закрепления и передачи по наследству психических особенностей, влекущих за собой высокий суицидальный риск. Существуют теории, согласно которым, суицид может быть как генетически обусловленной программой жизни, так и формой социального научения. Вместе с тем, имеются данные о существовании социально неблагополучных семей, в которых большинство родственников кончали жизнь самоубийством. Проведенный авторами анализ научной и периодической литературы, посвященной вопросам антропогенетики, показал, что до настоящего времени нет достаточных оснований для утверждений о существовании гена, отвечающего за возникновение суицидальных поведенческих реакций.

V. Природные факторы

Место проживания. Количество самоубийств выше в городах, чем в сельской местности. Согласно господствующим теориям, это обусловлено воздействием урбанистических стрессогенных факторов (высокий темп жизни, одиночество, шумовое загрязнение).

Географическая широта. Предполагается, что суициду в большей мере подвержены жители умеренно-холодных зон. Однако это не подтверждается статистическими данными.

Календарное время. Количество самоубийств весной и летом – больше, чем зимой. Пик суицида по всему миру приходится на май-июнь. Максимальное количество актов суицида зафиксировано в понедельник. Вопреки бытующему мнению, не доказано увеличение числа самоубийств во время праздников.

Влияние небесных тел. По мнению некоторых авторов, определенное влияние на соматическое и психическое здоровье человека, в том числе и на совершение самоубийств, имеет изменение солнечной активности (так называемые солнечные бури), расположение планет и их неблагоприятное влияние (чаще всего, имеется ввиду Луна), изменение магнитного поля Земли (так называемые магнитные бури), движение воздушных масс: циклонов и антициклонов, землетрясения, наводнения и пр.

4.6. Личностные антисуицидальные факторы

Принцесса

Да, да, это гораздо страшнее, чем я думала. Смерть-то, оказывается, груба. Да еще и грязна. Она приходит с целым мешком отвратительных инструментов, похожих на докторские. Там у нее лежат необточенные серые каменные молотки для ударов, ржавые крючки для разрыва сердца и ещё более безобразные приспособления, о которых не хочется говорить.

Эмилия

Откуда вы это знаете, принцесса?

Принцесса

Смерть подошла так близко, что мне видно всё. И довольно об этом. Друзья мои, будьте со мною ещё добрее, чем всегда. Не думайте о своем горе, а постарайтесь скрасить последние мои минуты.

Шварц Е. Л. Обыкновенное чудо

Антисуицидальные факторы личности – это сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений (Тарасова Н. Н., 2010). К ним относятся:

- 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.

Данные факторы следует учитывать при проведении психологической диагностики и оказании психологической помощи потенциальному суициденту.

4.7. Предотвращение самоубийства

Всему своё время, и время всякой вещи под небом. Время рождаться, и время умирать; время насаждать, и время вырывать посаженное¹.

Экклезиаст

Обсуждая новеллу из книги Х. Мураками «Слушай песню ветра», П. В. Иваничко говорил:

– Новелла про ветер по своему стилю очень похожа на стиль Рэя Брэдбери. Прямо фрагмент «Марсианских хроник». И, мне кажется, что в этой новелле нет трагедии, а есть в ней идея вечного покоя. Парень, герой новеллы, устал от жизни, довольно ему бродяжничать по космосу. В конце концов, он же искал смерти, и его спуск в таинственный колодец, на глубину около километра – это же скрытый суицид. Да и жаловаться ему не на что – его жизнь и так была достаточно длинна. Он ждал развязки полтора миллиарда лет.

Иваничко П. В.

Правильная оценка риска и предотвращение самоубийства чрезвычайно важны. К сожалению, некоторые психологи и врачи считают, что не могут отвечать за чужую жизнь. Такая позиция, с одной стороны, обусловлена чисто человеческими чувствами – разочарованием, досадой, ощущением беспомощности, а с другой – подкрепляется абстрактными рассуждениями о гражданских свободах и о правах

¹ Экклезиаст 3:1, 2.

человека, о том, что наряду с «правом на жизнь», каждому человеку принадлежит и «право на смерть». В то же время действующее законодательство допускает принудительную госпитализацию людей, представляющих опасность для самих себя.

Иногда психологи и психиатры при беседе с больным, пытавшимися покончить с собой, используют полушутливую манеру, стараясь выставить попытку самоубийства (и ее причины) в несерьезном свете. Некоторые специалисты применяют такой подход только к лицам, совершающим повторные попытки. Этот довольно спорный способ иногда преуменьшает степень опасности, а порой даже подразумевает несерьезность попыток самоубийства. Другие специалисты, напротив, рекомендуют госпитализацию пытавшихся совершить самоубийство, опасаясь повторных попыток.

Лечение и профилактика суицида должны включать меры психиатрического (в частности помещение в больницу), психотерапевтического и социального характера. Исходить следует из того, что большинство совершивших суицидальные попытки можно заставить отказаться от своих намерений. Если попытки самоубийства обусловлены депрессией или шизофренией, то часто бывает достаточно лечения основного заболевания (Корнетова Е. Г. и др., 2006). Тем, кто недавно овдовел, необходима моральная поддержка, а иногда – психотерапия. Часто им помогает общение с теми, кто уже пережил смерть любимого человека. Главная же задача психолога – разобраться вместе с больным, почему тот хочет умереть, как сделать жизнь для него более ценной, найти то, что поможет ему не считать самоубийство единственным выходом. Следует, прежде всего, выслушать больного, заставить его раскрыться и за сбивчивым и противоречивым рассказом услышать крик о помощи, увидеть отчаяние и одиночество. Психолог должен быть личностно зрелым и уметь регулировать собственные эмоциональные реакции – чувство беспомощности, досады, раздражения. К любым угрозам самоубийства необходимо относиться серьезно. Важно также обеспечить больному безопасность и моральную поддержку. Иногда для этого бывает достаточно помочь больному открыть свои чувства родным и друзьям, а тех, в свою очередь, убедить в том, что с ним надо проводить больше времени и не уходить от откровенных разговоров. Из комнаты или даже из квартиры удаляют возможные средства самоубийства – огнестрельное оружие, ножи, сильнодействующие лекарственные средства, яды, веревки, ремни, шнуры. Существует множество подходов к предотвращению само-

убийства, и выбирать тот или иной из них всегда надо индивидуально. В практике хорошо зарекомендовали себя следующие правила работы с потенциальными суицидентами.

1. Подбирайте ключи к разгадке суицида. Суицидальная превенция состоит не только в заботе и участии друзей, но и в способности распознать признаки грядущей опасности. Оцените риск суицида, обратите особое внимание на факторы повышенного риска самоубийства. Постарайтесь определить, какую проблему пытается решить человек с помощью суицида.

2. Примите суицидента как личность. Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Не позволяйте вводить вас в заблуждение относительно несерьезности конкретной суицидальной ситуации. Если вы полагаете, что существует опасность самоубийства, немедленно действуйте. Лучше перестраховаться, преувеличив потенциальную угрозу, чем допустить гибель человека. Не существует универсальных ответов на такую серьезную проблему, какой является самоубийство, но вы можете сделать шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека.

3. Установите доверительные взаимоотношения. Очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной коммуникацией, эмпатией – в этих обстоятельствах уместнее поддержка, а не морализирование. Для человека, который чувствует, что он бесполезен и не любим, забота и участие отзывчивого психолога или врача являются мощными ободряющими средствами.

4. Будьте внимательным слушателем. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения, в силу этого они бывают не настроены принять рекомендации специалиста. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своих переживаний: «У меня нет ничего такого, ради чего стоило бы жить». Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим, вы можете сказать: «Я очень ценю вашу откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами, сейчас от вас требуется много мужества». Вы можете оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства потенциального суицидента, будь то печаль, вина, страх или гнев. Иногда если вы просто молча посидите с ним, это явится доказательством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

5. Не спорьте. Сталкиваясь с суицидальной угрозой, родственники и друзья часто отвечают: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение темы; такие замечания вызывают у потенциального суицидента еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту.

Можно встретить часто и другое знакомое замечание: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, за ним скрывается именно та мысль, которую желает осуществить суицидент. Ни в коем случае не проявляйте агрессию, если вы присутствуете при разговоре о самоубийстве, и постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали. Вступая в дискуссию с потенциальным суицидентом, вы можете не только проиграть спор, но и потерять своего собеседника.

6. Задавайте вопросы. Если вы задаете такие косвенные вопросы, как: «Я надеюсь, что ты не замышляешь самоубийства?», то в них подразумевается ответ, который вам бы хотелось услышать. Если собеседник ответит: «Нет», то вам, скорее всего, не удастся помочь в разрешении суицидального кризиса.

Лучший способ вмешаться в кризис, это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?». Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было. Наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение и ему дается возможность понять свои чувства и достичь катарсиса. Следует спокойно спросить о тревожной ситуации, например: «С каких пор вы считаете свою жизнь столь безнадежной?», «Как вы думаете, почему у вас появились эти чувства?», «Есть ли у вас конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой?», «Если вы раньше размышляли о самоубийстве, что вас останавливало?» Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, вы говорите ...». Ваше согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося человека, который испытывает боязнь, что вы его осудите, и готов к тому, чтобы уйти.

7. Не предлагайте неоправданных утешений. Одним из важных механизмов психологической защиты является рационализация. После того, что вы услышали от кого-то о суицидальной угрозе, у вас

может возникнуть желание сказать: «Нет, вы так на самом деле не думаете». Для этих умозаключений зачастую нет никаких оснований, за исключением вашей личной тревоги.

Причина, по которой суицидент посвящает вас в свои мысли, состоит в желании вызвать обеспокоенность его ситуацией. Если вы не проявите заинтересованности и отзывчивости, то депрессивный больной может посчитать суждение типа: «Вы на самом деле так не думаете» – как проявление отвержения и недоверия. Если вести с ним беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями как раз тогда, когда он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе.

Суицидальные личности негативно относятся к замечаниям типа: «Ничего, ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя» – и другим аналогичным клише, поскольку они резко контрастируют с их состоянием. Эти выводы лишь минимизируют, унижают чувства потенциальных суицидентов и заставляют ощущать себя еще более ненужными и одинокими.

8. Предложите конструктивные подходы решения проблемы. Вместо того чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», попросите поразмышлять об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову.

Одна из наиболее важных задач профилактики суицидов состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Это может быть трудным, поскольку «питательной средой» суицида является секретность. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии может быть: «Что с вами случилось за последнее время?», «Когда вы почувствовали себя хуже?», «Что произошло в вашей жизни с тех пор, как возникли эти перемены?», «К кому из окружающих они имели отношение?» Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и как можно точнее определил, что ее усугубляет.

Отчаявшегося человека необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если человек все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне кажется, вы очень расстроены» – или: «По моему мнению, вы сейчас заплачете». Имеет смысл также сказать: «Вы все – таки взволнованы. Может, если вы поделитесь

своими проблемами со мной, я постараюсь понять вас». Актуальная психотравмирующая ситуация может возникнуть из-за распада взаимоотношений с супругом или детьми. Человек может страдать от неразрешившегося горя или какого-либо соматического заболевания. Поэтому следует принимать во внимание все его чувства и проблемы. Если кризисная ситуация и эмоции выражены, то далее следует выяснить, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Это называется «Оценкой средств, имеющихся для решения проблемы». Она включает выслушивание описания предыдущего опыта в аналогичной ситуации. Для инициирования можно задать вопрос: «Не было ли у вас раньше сходных переживаний?». Существует уникальная возможность совместно раскрыть способы, которыми человек справлялся с кризисом в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта.

Постарайтесь выяснить, что остается, тем не менее, позитивно значимым для человека. Что он еще ценит. Отметьте признаки эмоционального оживления, когда речь пойдет о самом лучшем времени в жизни, особенно следите за его глазами. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать? И теперь, когда жизненная ситуация проанализирована, не возникло ли каких-либо альтернатив? Не появился ли луч надежды?

9. Вселяйте надежду. Работа со склонными к саморазрушению депрессивными больными является серьезной и ответственной. Психотерапевты пришли к выводу, что очень ценным является сосредоточение на том, что такие пациенты говорят или чувствуют. Когда беспокоящие переживания вербализируются, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Терзаемый тревогой человек может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда».

Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве. Потерю надежд на достойное будущее отражают записки, оставленные самоубийцами. Самоубийство происходит, если люди утрачивают надежды на будущее, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность таких надежд. Отметим, что надежда должна исходить из реальности, она не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности ждать и достигать. Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддержива-

ющем совете, в предложении какой-то альтернативы.

Поскольку лица, склонные к суициду, страдают от внутриличностного конфликта и эмоциональных расстройств, все окружающее кажется им мрачным. Важно обратить их внимание, что смысл жизни не исчезает, даже если она приносит душевную боль: тьма и свет, радости и печали, счастье и страдание являются неразделимо переплетенными нитями в ткани человеческого существования. Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно, если вы укреплите силы и возможности человека, внушите ему, что кризисные проблемы обычно проходящи, а самоубийство необратимо.

10. Оцените степень риска самоубийства. Постарайтесь определить серьезность возможного самоубийства. Ведь намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой «возможности» и кончая разработанным детализированным планом суицида. Очень важно выявить и другие факторы, такие как алкоголизм, употребление наркотиков, степень эмоциональных нарушений, чувство безнадежности и беспомощности.

Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск. Очень мало сомнений в серьезности ситуации остается, например, если подросток, не скрывая, дарит кому-то свой любимый магнитофон, с которым он ранее никогда не расставался.

11. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или просите, родственников или друзей побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет специализированная бригада скорой помощи. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

Для того чтобы показать человеку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, вы можете заключить с ним «суицидальный контракт» – попросить об обещании связаться с вами перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем, с целью обсуждения возможных альтернатив поведения. Как это ни странно, такое соглашение может оказаться весьма эффективным.

12. Важность сохранения заботы и поддержки. Если критическая ситуация миновала, то родственникам и друзьям не следует терять бдительности. За внешним благополучием часто скрывается повышение волевой активности больного. Бывает так, что накануне самоубий-

ства люди занимаются активной деятельностью. Эти поступки могут свидетельствовать о решении рассчитаться со всеми долгами и обязательствами, привести в порядок личные дела, после чего можно покончить с собой. Более 50,0 % суицидентов совершают самоубийство не позже чем через три месяца после начала психологического кризиса.

Иногда окружающие забывают о лицах, совершивших суицидальные попытки, или к ним многие относятся как ни к чему не способным неудачникам. Часто они сталкиваются с двойным презрением: с одной стороны, они «ненормальные», так как хотят умереть, а с другой – они столь «некомпетентны», что и этого не могут сделать качественно. Лица, имеющие суицидальные попытки, испытывают большие трудности в поисках принятия сочувствия семьи и общества.

Эмоциональные нарушения и социальные проблемы, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью, даже когда кажется, что худшее позади. Поэтому никогда не следует обещать полной конфиденциальности. Оказание помощи не означает, что необходимо соблюдать полное молчание. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И, несомненно, ситуация не разрешится до тех пор, пока не будет преодолен предсуицидный кризис.

Риск самоубийства следует рассматривать как неотложное состояние. Для таких больных должна быть обеспечена возможность круглосуточной психологической и медицинской помощи. В тяжелых случаях необходима госпитализация с постоянным наблюдением. Показания к госпитализации больного с суицидальными намерениями:

1. Социальная изоляция, особенно потеря связи с близкими и друзьями.
2. Отсутствие доверительных отношений с психотерапевтом.
3. Наличие четкого плана самоубийства.
4. Психоз, особенно с галлюцинациями, требующими покончить с собой или предлагающими воссоединиться с умершим.
5. Попытки самоубийства в анамнезе, особенно недавняя серьезная, спланированная попытка.
6. Убеждение, что самоубийство – единственный выход.
7. Мысли о самоубийстве, сохраняющиеся, несмотря на вмешательство психолога, теплое отношение со стороны близких или благоприятные изменения жизненных обстоятельств.
8. Депрессия, особенно с идеями вины, самоуничтожения, чрезмерным чувством стыда.

В стационаре также принимают меры предосторожности. Острые предметы, ремни, шнурки и другие возможные средства самоубийства, которые больной может захватить с собой, ему не оставляют. Окна должны быть с решетками. Нельзя забывать, что за улучшением настроения больного иногда скрывается намерение совершить новую попытку самоубийства. Решение об ослаблении мер предосторожности и предоставлении больному относительной свободы крайне ответственно. Оно принимается только после того, как проходят суицидальные намерения, улучшается эмоциональный статус (или заканчивается абстинентный синдром), появляются планы на будущее и готовность к сотрудничеству с психологом и врачом. При необходимости (но, не нарушая конфиденциальности) привлекают членов семьи, друзей и других лиц, играющих важную роль в жизни больного. Важно сделать так, чтобы те обстоятельства, которые побудили его к самоубийству, не повторились.

Перед выпиской врач вместе с больным составляют план дальнейшего взаимодействия. Необходимо помнить, что иногда общение с врачом временно отвлекает больного от мыслей о самоубийстве, и тогда разговор о прекращении лечения может подтолкнуть к новой попытке. План должен быть как можно более подробным, особенно если больного после выписки будет наблюдать другой врач. Следует учитывать степень самостоятельности больного. Необходимо также выяснить, насколько тесны и устойчивы отношения больного с родственниками и друзьями, помочь ему наладить такие отношения. Иногда полезна групповая психотерапия или привлечение учителя, семейного врача, священника и других лиц, пользующихся доверием больного. Если же психиатр считает необходимым продлить госпитализацию, то всегда надо помнить о ее отрицательных сторонах – например, о затратах на лечение, развитии регрессии, прерывании работы и семейных связей. Практика показывает, что если больной не изменяет своих намерений, то рано или поздно он покончит с собой. В таких случаях лечение приступа депрессии или шизофрении, моральная поддержка при утрате и в иных тяжелых ситуациях позволяют лишь продлить жизнь и добиться временного улучшения. Однако для некоторых больных жизнь настолько пуста или тягостна, что восстановление сил они используют только для новой попытки умереть, а не как шанс найти новые цели в жизни. В то же время психолог и врач не вправе поддаваться чувству, что на месте больного он поступил бы точно так же. Иногда избежать этого очень трудно – например, если попытки самоубийства

совершает больной с неоперабельной стадией злокачественной опухоли и сильной хронической болью.

4.8. Поственция (психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы)

Меж деревней и телефоном,
разрываясь, метался он.
Хлеба требовали исступленно
и деревня и телефон.

Хряки с голоду выли, как волки,
ну, а в трубку горланили: «План!»
И однажды из дряхлой двустволки
он пустил себе в сердце жакан.

И лежал он, и каждый стыдился,
что его не сберег от курка,
а нахмуренный Ленин светился
на борту его пиджака.

Евтушенко Е. А. Братская ГЭС

Поственция (лат. post после, в последующем + venire следовать) – процесс помощи семье и друзьям после суицида близкого человека. Термин был предложен Эдвином Шнейдманом (1971). Э. Шнейдман заметил, что в случае, если суицид уже произошёл, то оставшимся в живых родственникам необходима психологическая помощь. Он называет их «оставшимися в живых жертвами». Близкие суицидента действительно становятся жертвами, как замечает Шнейдман, они утрачивают «неотъемлемое право жить без печати самоубийства». Он добавляет: «Исследования показывают, что у лиц, переживших самоубийство близкого, повышается заболеваемость и смертность в течение года после смерти любимого человека, по сравнению с людьми аналогичного возраста, не испытавшими этой потери». Самоубийство является самой жестокой смертью для тех, кто остался в живых.

Те, кто окружает близких суицидента, в согласии с традицией считают, что самоубийцей совершен «непростительный грех»: нарушено общечеловеческое табу, на которое, кроме того, наложен религиозный запрет. Можно услышать, как с набожностью и благочестием произносятся: «Суицид является убийством человека. Это нарушение шестой

заповеди и наихудшее из всех преступлений». Очень часто окружающие могут считать семью или друзей самоубийцы частично или полностью ответственными за этот грех. Для овдовевшего супруга так и остается тайной, не породил ли у жены желания умереть какой-нибудь его недобрый поступок. Родителям кажется, что они обманули ожидания ребенка, и они обвиняют себя за невнимание. А дети могут прийти к выводу, что у них «плохая психологическая наследственность» и что в них заложено семя, уничтожившее мать или отца. Из-за этого отношения у родственников и друзей умершего возникает невыносимое чувство вины. Для большинства близких, чьи родственники совершили суицид, характерно чувство вины и навязчивая мысль: «Что я сделал не так?» (Моховиков Н. Н., 2001).

Современные авторы выделяют следующие модели нежелательного поведения в ответ на самоубийство близкого человека:

1. Поиск тех людей, которые могут быть ответственны за смерть скончившего с собой – вместо принятия произошедшего как личной воли суицидента.
2. Принятие траура на долгие годы – вместо того, чтобы продолжать жить.
3. Переживание чувства вины и самобичевание.
4. Соматизация – уход в болезнь вместо спонтанного выражения чувств.
5. Самоограничение – уход от радостей жизни.
6. Аддиктивные формы поведения – бегство в работу, в сексуальные связи, употребление психоактивных веществ.
7. Подражательный суицид – «ты умер, значит, умру и я».

Таким образом, близких суициденту людей переполняют сильные чувства скорби, вины и гнева, защищаясь от которых, они сами начинают вести себя аутодеструктивно (Кондрашенко В. Т., Игумнов С. А. и др., 2004).

Процесс оказания психологической помощи родственникам и друзьям самоубийцы представляет определенную сложность. Беседы со скорбящими должны быть естественными, а интерес к трагедии – неподдельным и искренним. Не следует проявлять чрезмерных страданий: слишком сильные соболезнования только порождают подозрения и усиливают вину. Самой важной помощью является чуткое выслушивание и эмпатическое проникновение в переживания родственников. Банальности и клише не помогают, психолог, работающий с родственниками самоубийцы, не должен стараться утешить скорбящих приблизительно такими фразами, сказанными из лучших побуждений:

«Вы так хорошо держитесь», «Я тоже это пережил», «У вас есть ещё двое детей», «Я хорошо понимаю, что вы чувствуете», «Держитесь», «Время всё излечит».

Не следует говорить, что действия суицидента были обусловлены наличием у него психического расстройства. Для родственников понимание, что их близкий «был не в себе», «сумасшедшим», не облегчает тяжести потери. Наличие психического расстройства не повышает социального статуса человека, а у родственников вызовет страх перед наследственным психическим заболеванием. Ведь близкие резонно считают, что имеют сходный с самоубийцей набор генов, они постоянно вспоминают, что соматически и психически похожи на суицидента. Это дает основания для тревожных переживаний: «Наверное, когда-нибудь я покончу с собой, как отец, ведь я так похож на него».

Чтобы отвлечь от этих размышлений, можно сказать: «Мы многого не знаем о самоубийстве, но я уверен, что есть предел бремени, который может вынести человек. Видимо, в тот момент смерть показалась единственной альтернативой невыносимой жизни. Но решения близких не всегда совпадают с нашими». Более того, можно сослаться на мнение, основанное на эмпирических исследованиях: «Я могу точно сказать, что суицид не наследуется». Не старайтесь утешить близких, говоря: «Наверное, это был несчастный случай» – семье следует знать о реальности самоубийства. Или: «Он, наверное, излишне выпивал или злоупотреблял наркотиками, поэтому не понимал, что делает» – поскольку не полное или ложное объяснение сложной проблемы ничем не может помочь. Оставшиеся в живых родственники, если им предлагают клише, чувствуют себя ещё более одинокими и непонятыми. Вместо того, чтобы говорить что́ им следует чувствовать, дайте возможность выразить те эмоции, которые они переживают.

Нет никакого сомнения, что скорбящие родственники и друзья нуждаются в выражении эмоций. Их можно поощрить к разговору, сказав: «Что ты чувствуешь?», «Скажи мне, что с тобой происходит», «Наверное, тебе очень тяжело?» Нужно сосредоточиться на актуальных переживаниях родственников, примите их эмоциональное состояние, не пугаясь страха, ярости или паники. Близкие самоубийцы испытывают необходимость поговорить об ушедшем человеке, часто многие месяцы или годы, а не только несколько дней после похорон. Исцеление от утраты является очень долгим процессом. Естественно, что настроение и отношение скорбящих меняется. То, что они не желают беседовать сегодня, не означает, что у них не возникнет такой потреб-

ности завтра. Не следует настаивать на раскрытии переживаний, можно просто сказать: «Если у тебя есть настроение поговорить, я охотно послушаю тебя». Но, собственно, беседа не всегда необходима, нужно быть готовым принять не только эмоции, но и молчание скорбящего, которому часто необходимо подтверждение утраты.

Если необходимо, можно и смеяться вместе со скорбящим. Однако не с нарочитым легкомыслием, а с искренним наслаждением от обсуждения юмористических ситуаций, пережитых с тем, кто был любим. Помните, что смерть не может запретить смеяться. Если слова кажутся ничего не значащими и пустыми, то прикосновения могут стать самым утешительным способом общения. Пожатие руки или объятие красноречиво расскажет скорбящим, как велика ваша забота.

С учётом того, что около 70,0 % депрессивных эпизодов провоцируется психологическими факторами, в том числе переживанием утраты, многим людям, находящимся в подобной ситуации необходима специализированная психиатрическая помощь. Современный уровень развития психофармакологии и других интервенций позволяет эффективно влиять на психическое состояние, включая реакции на острый стресс, расстройства адаптации и депрессию (Симуткин Г. Г., 2004, 2007).

Начатая индивидуальная психотерапия может быть продолжена в терапевтической группе. Члены этих групп часто становятся для новичков второй семьёй, помогающей выбраться из изоляции и обрести новые жизненные ценности.

ЧАСТЬ II

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale) (Patterson, 1983)

Фактор	Значение
Пол	1 – мужской; 0 женский
Возраст	1 – <19 лет или >45
Депрессия	1 – если есть
Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 – психотическое состояние, аффективные нарушения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжёлые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведён, вдовствующий, отделён, проживает в одиночестве
Болезнь	1 – если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжёлая

Бальная оценка риска и действия эксперта

Общий балл и оценка риска	Предполагаемое действие
0 (очень низкий риск)	Беседа и выдача рекомендаций.
1-2 (низкий риск)	Амбулаторное наблюдение с частотой встреч 1-1 раза в месяц.
3-4 (средний риск)	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1-3 раза в неделю); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации.
5-6 (высокий риск)	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники).
7-10 (очень высокий риск)	Госпитализация в профильный стационар.

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

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____

Ф.И.О., звание, должность оценивающего специалиста _____

Место проведения исследования _____

Дата _____

Обстоятельства

Изоляция	0	Кто-либо присутствовал рядом
	1	Недалеко или телефонный контакт
	2	Никого рядом
Расчет времени	0	Возможно чье-то вмешательство
	1	Вмешательство маловероятно
	2	Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	0	Не предпринимал
	1	Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта)
	2	Активные меры
Действия по привлечению помощи	0	Сообщил кому-либо о попытке
	1	Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке
	2	Ни кому не сообщил и не контактировал
Предшествующие «последние действия»	0	Не совершал
	1	Частичные приготовления
	2	Определенные планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0	Нет
	1	Написана и порвана
	2	Написана и имеется в наличии

Самоотчёт

Летальность	0	Считал, что действие не приведет к смерти
	1	Не был уверен в летальности действия
	2	Был уверен, что действие смертельно
Декларируемые намерения	0	Не хотел умереть
	1	Не уверен
	2	Хотел умереть
Подготовка	0	Действие импульсивно
	1	Обдумывал менее 1 часа
	2	Обдумывал менее 1 суток
	3	Обдумывал более 1 суток
Реакция на совершенное действие	0	Рад, что остался жив
	1	Неопределённая или двойственная реакция
	2	Сожалеет, что остался жив

Медицинский риск

Прогнозируемый исход	0	Определённо выжил бы
	1	Смерть маловероятна
	2	Смерть вероятна или определена
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0	Вероятность отсутствует
	1	Неопределённо
	2	Высокая вероятность смерти

Обработка и интерпретация результатов.

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

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

Опросник «Шкала депрессии» (Beck A. T.)

Инструкция для обследуемого: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте любой знак около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте знаки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли все утверждения в каждой группе».

1.

0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1 Я расстроен.

2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2.

0 Я не тревожусь о своём будущем.

1 Я чувствую, что озадачен будущим.

2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3.

0 Я не чувствую себя неудачником.

1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3 Я чувствую, что как личность я – полный неудачник.

4.

0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.

3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5.

0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.

2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.

3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6.

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1 Я чувствую, что могу быть наказан.

2 Я ожидаю, что могу быть наказан.

3 Я чувствую себя уже наказанным.

7.

0 Я не разочаровался в себе.

1 Я разочаровался в себе.

2 Я себе противен.

3 Я себя ненавижу.

8.

0 Я знаю, что я не хуже других.

1 Я критикую себя за ошибки и слабости.

2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.

3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9.

0 Я никогда не думал покончить с собой.

1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2 Я хотел бы покончить с собой.

3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10.

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2 Теперь я все время плачу.

3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11.

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12.

0 Я не утратил интереса к другим людям.

1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13.

0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.

1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.

2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.

3 Я больше не могу принимать решения.

14.

0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.

1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.

2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.

3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15.

0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.

1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16.

0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.

3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17.

0 Я устаю не больше, чем обычно.

1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.

2 Я устаю почти от всего, что я делаю.

3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18.

0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.

2 Мой аппетит теперь значительно хуже.

3 У меня вообще нет аппетита.

19.

0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20.

0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21.

0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.

1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.

3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

Обработка и интерпретация результатов. При сопоставлении и анализе данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

0-9 – отсутствие депрессивных симптомов.

10-15 – лёгкая депрессия (субдепрессия).

16-19 – умеренная депрессия.

20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести).

30-63 – тяжёлая депрессия.

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А).

Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P).

Опросник «Шкала безнадёжности» (Hopelessness Scale)

(Beck A. T., 1974)

Инструкция для обследуемого: «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	Вариант ответа	
1	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
2	Мне пора сдаться, так как я ничего не могу изменить к лучшему.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
3	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
4	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
5	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
6	В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
7	Будущее представляется мне во тьме.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
8	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
9	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	Все, 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 свое 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.	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

№	Ответ	Балл		№	Ответ	Балл
1	НЕВЕРНО			11	ВЕРНО	
2	ВЕРНО			12	ВЕРНО	
3	НЕВЕРНО			13	НЕВЕРНО	
4	ВЕРНО			14	ВЕРНО	
5	НЕВЕРНО			15	НЕВЕРНО	
6	НЕВЕРНО			16	ВЕРНО	
7	ВЕРНО			17	ВЕРНО	
8	НЕВЕРНО			18	ВЕРНО	
9	ВЕРНО			19	НЕВЕРНО	
10	НЕВЕРНО			20	ВЕРНО	

Обработка и интерпретация результатов.

0-3 балла – безнадёжность не выявлена;

4-8 баллов – безнадёжность легкая;

9-14 баллов – безнадёжность умеренная;

15-20 баллов – безнадёжность тяжёлая.

Шкала суицидальной интенции

(Beck A. T.)

Бэк А. (Beck A. T.) является одним из самых известных и признанных авторитетов в области суицидологии в мире. Составленный им тест позволяет в баллах оценить степень суицидальной интенции, то есть, выраженность, напряженность, и в определенном смысле истинность суицидальных тенденций у лиц, совершивших суицидальную попытку. Чем выше общий балл суицидальной интенции при суммации по всем 15 параметрам, учитываемым в тесте Бэка, тем более достоверна реальность намерений человека покончить жизнь самоубийством.

Лица, совершившие суицидальную попытку, и имеющие высокий индекс суицидальной интенции по шкале Бэка, в первую очередь должны попадать в поле зрения специалистов (психолога, психотерапевта, психиатра).

Важно помнить, что при высоком индексе суицидальной интенции существенно повышается риск повторной суицидальной попытки.

Тест состоит из двух частей:

1. Учёт объективных обстоятельств, имеющих отношение к суицидальной попытке.
2. Данные, полученные при самоотчете обследуемого.

Часть I. Учёт объективных обстоятельств, имеющих отношение к суицидальной попытке

1) Изоляция

0 – кто-то присутствует рядом

1 – кто-то поблизости или в пределах визуального или вокального контакта

2 – никого нет поблизости или в пределах визуального или аудиального контакта

2) Выбор времени

0 – вмешательство возможно

1 – вмешательство маловероятно

2 – вмешательство очень маловероятно

3) Предосторожности против раскрытия или постороннего вмешательства

0 – нет

1 – пассивные предосторожности (например, избегание посторонних, но отсутствие предосторожностей против их вмешательства).

2 – активные предосторожности (например, закрытая дверь).

4) Действия, ориентированные на получение помощи во время или после попытки

0 – извещение потенциального помощника о попытке

1 – контакт без специального извещения потенциального помощника о попытке

2 – контакт или извещение потенциального помощника отсутствует

5) Финальные действия в ожидании смерти (например, завещание, подарки, страховка)

0 – нет

1 – мысли об этом или какие-то приготовления

2 – делал определенные планы или законченные приготовления

6) Активные приготовления к попытке

0 – нет

1 – минимальные или умеренные

2 – развернутые

7) Предсмертные записки

0 – нет

1 – записка написана, но изорвана (или мысли об уничтожении записки)

2 – наличие записки

8) Открытое извещение о намерении перед попыткой

0 – нет

1 – двусмысленные извещения

2 – недвусмысленные извещения

Часть II. Данные, полученные при самоотчете обследуемого

- 9) Приписываемая цель попытки
- 0 – манипуляция окружением, привлечение внимания, месть
 - 1 – компоненты «0» и «2»
 - 2 – бегство, решение проблем
- 10) Ожидаемая фатальность
- 0 – мысли о нежелательности смерти
 - 1 – мысли, что смерть возможна, но не обязательна
 - 2 – мысли, что смерть возможна и обязательна
- 11) Понимание летальности метода
- 0 – сделал меньше, чем предполагал будет летальным
 - 1 – был неуверен, что действия будут летальными
 - 2 – выполнил или превысил то, что ожидал будет летальным
- 12) Серьезность попытки:
- 0 – не делал серьезной попытки покончить с жизнью
 - 1 – неопределенность о серьезности окончить жизнь
 - 2 – серьезно пытался покончить с жизнью
- 13) Отношение к жизни и смерти
- 0 – не хотел умирать
 - 1 – компоненты «0» и «2»
 - 2 – хотел умереть
- 14) Представления о возможностях медицинской помощи
- 0 – мысли, что смерть будет маловероятной при медицинском вмешательстве
 - 1 – был неуверен, может ли смерть быть предупреждена при медицинском вмешательстве
 - 2 – был уверен в смерти даже при медицинском вмешательстве
- 15) Степень преднамеренности
- 0 – нет, импульсивное
 - 1 – обдумывание менее 3 часов перед попыткой
 - 2 – обдумывание более 3 часов перед попыткой

Тест «Суицидальная мотивация» (Вагин Ю. Р., 1998)

Тест позволяет выявить и количественно оценить семь основных мотивационных аспектов суицидального поведения:

1. Альтруистическая мотивация (смерть ради других).
2. Аномическая мотивация (потеря смысла жизни).
3. Анестетическая мотивация (невыносимость страдания).
4. Инструментальная мотивация (манипуляция другими).
5. Аутопунитическая мотивация (самонаказание).
6. Гетеропунитическая мотивация (наказание других).
7. Поствительная мотивация (надежда на что-то лучшее после смерти).

Тест состоит из 35 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клинико-психологического исследования лиц с суицидальными тенденциями в период 1996-1998 гг.

Каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний.

Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

1. Альтруистическая – 1, 8, 15, 22, 29.
2. Аномическая – 2, 9, 16, 23, 30.
3. Анестетическая – 3, 10, 17, 24, 31.
4. Инструментальная – 4, 11, 18, 25, 32.
5. Аутопунитическая – 5, 12, 19, 26, 33.
6. Гетеропунитическая – 6, 13, 20, 27, 34.
7. Поствительная – 7, 14, 21, 28, 35.

С целью исследования суицидальных мотивационных комплексов обследуемому предлагается заполнить опросник или ответить устно на предложенные ниже высказывания, используя для этого 4 варианта ответа:

- «Да» – в том случае, если обследуемый полностью согласен с утверждением, предложенным ему.
- «Частично» – если высказывание не полностью соответствует переживаниям обследуемого.
- «Сомневаюсь» – если обследуемый не уверен, подходит ли ему высказывание или нет.
- «Нет» – в том случае, если обследуемый уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям.

Обработка и интерпретация результатов. Каждый из вариантов ответа оценивается количественно в баллах:

«Да» – 3 балла.

«Частично» – 2 балла.

«Сомневаюсь» – 1 балл.

«Нет» – 0 баллов.

Общая сумма баллов по всем 5 высказываниям, относящимся к одному из мотивационных комплексов, определяет выраженность данного комплекса.

Максимальная выраженность может равняться соответственно: $5 \times 3 = 15$ баллов. Минимальная – 0 баллов.

На основании количественных показателей по каждой из 7 шкал строится график, позволяющий наглядно отобразить спектр суицидальной мотивации у данного обследуемого, и на этом основании судить о выраженности суицидальных тенденций.

№	Высказывание	Вариант ответа			
		Да	Частично	Сомневаюсь	Нет
1	Думал, что если умру, то всем будет только лучше.				
2	В жизни потерялся какой-то главный смысл.				
3	Мне казалось, что только смерть может избавить меня от страдания.				
4	Думал доказать что-то хотя бы своей смертью.				
5	Я думал, что не имею права больше жить.				
6	Думал умереть и пусть попробуют пожить без меня.				
7	Я надеялся, что после смерти меня ждет что-то лучшее.				
8	Я хотел умереть, потому что из-за меня слишком много проблем.				
9	Казалось, что все хорошее осталось позади, а впереди ничего нет.				
10	Думал, что лучше умереть, чем так мучиться.				
11	Когда тебя не понимают, то ничего больше не остается.				
12	Я думал, что своей смертью смогу искупить свою вину.				
13	Было так больно и обидно, что хотелось отомстить.				
14	Я думал умереть здесь, чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни.				
15	Думал, что моя смерть что-то изменит к лучшему вокруг.				
16	Потому что жизнь утратила какой-либо интерес.				
17	Я уже не мог больше терпеть всё это.				
18	По другому я не смог бы ничего доказать.				
19	Мне казалось, что я сам во всем виноват и должен понести наказание.				
20	Я хорошо понимал, что своей смертью причиню боль и даже хотел этого.				
21	Мне хотелось уйти туда к тем (или к тому), кого я люблю.				
22	Я не хотел быть обузой для окружающих.				
23	Во мне кончилась какая-то сила для жизни.				

Окончание табл.

№	Высказывание	Вариант ответа			
		Да	Частично	Сомневаюсь	Нет
24	Если бы мне не было так больно – я бы даже не думал о смерти.				
25	Мне кажется, что меня просто никто не замечает.				
26	Только я сам могу судить себя за всё.				
27	Своей смертью я хотел наказать.				
28	Думал, что, может быть, там я буду более счастливым, чем здесь.				
29	Хотелось умереть, чтобы никому не мешать.				
30	Меня не устраивала та жизнь, которая ждала меня впереди.				
31	Мне казалось, что если жизнь приносит только боль лучше умереть.				
32	Моя смерть может разрешить много проблем.				
33	Мне хотелось быть самому себе и судьей и палачом.				
34	Было легкое удовлетворение от мысли, что своей смертью я создам проблему.				
35	Я думал о смерти, как о пути к новой жизни.				

Тест «Противосуицидальная мотивация»

(Вагин Ю. Р., 1998)

Тест позволяет выявить и количественно оценить девять основных противосуицидальных мотивационных комплексов:

1. Провитальная мотивация (страх смерти).
2. Религиозная мотивация.
3. Этическая мотивация (чувство долга перед близкими людьми).
4. Моральная мотивация (личное негативное отношение к суицидальной модели поведения).
5. Эстетическая мотивация.
6. Нарциссическая мотивация (любовь к себе).
7. Мотивация когнитивной надежды (надежда как-то разрешить ситуацию, найти выход).
8. Мотивация временной инфляции (ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему).
9. Мотивация финальной неопределённости (неуверенность, что удастся умереть).

Тест состоит из 45 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клинико-психологического исследования лиц с суицидальными и без суицидальных тенденций в период 1996–1998 гг.

По аналогии с тестом «Суицидальная мотивация» каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний.

Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

1. Провитальная – 1, 10, 19, 28, 37.
2. Религиозная – 2, 11, 20, 29, 38.
3. Этическая – 3, 12, 21, 30, 39.
4. Моральная – 4, 13, 22, 31, 40.
5. Эстетическая – 5, 14, 23, 32, 41.
6. Нарциссическая – 6, 15, 24, 33, 42.
7. Когнитивной надежды – 7, 16, 25, 34, 43.
8. Временной инфляции – 8, 17, 26, 35, 44.
9. Финальной неопределённости – 9, 18, 27, 36, 45.

С целью исследования данных мотивационных комплексов обследуемому предлагается заполнить опросник или ответить на предложенные ниже высказывания, используя для этого 4 варианта ответа:

- «Да» – в том случае, если обследуемый полностью согласен с утверждением, предложенным ему.

- «Частично» – если высказывание не полностью соответствует переживаниям обследуемого.
- «Сомневаюсь» – если обследуемый не уверен, подходит ли ему высказывание или нет.
- «Нет» – в том случае, если обследуемый уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям.

Каждый из вариантов ответа оценивается по аналогии с исследованием профиля суицидальной мотивации.

Высказывания для исследования профиля противосуицидальной мотивации

1. Сдерживает страх перед смертью.
2. Я считаю, что самоубийство – это грех
3. Я не могу покончить с собой из-за своих близких.
4. Я считаю, что самоубийство – это слабость и трусость.
5. Мне неприятно представлять, свое тело после самоубийства.
6. Мне еще столько нужно сделать в жизни.
7. Я не думаю, что самоубийство – это единственный выход из ситуации.
8. Я считаю, что время – самое лучшее лекарство от всех проблем.
9. Я не знаю способа, чтобы наверняка уйти из жизни.
10. Как только подумаю, что мне придется умереть, меня охватывает ужас.
11. Меня сдерживают мои религиозные убеждения.
12. Не хочу делать больно родным мне людям.
13. Я считаю, что только безвольный человек, может покончить с собой.
14. Те способы, которые я могу использовать для ухода из жизни, так некрасивы.
15. Если честно, то мне жалко убивать себя.
16. Я надеюсь найти другое решение моих проблем.
17. Я надеюсь, что со временем мне станет легче.
18. Боюсь, что просто не смогу до конца убить себя.
19. Смерть так страшна и ужасна.
20. Жизнь дана мне Богом, и я должен терпеть все страдания.
21. Своим поступком я причиню страдания окружающим.
22. Я думаю, что все окружающие осудили бы меня за такой поступок.
23. Я бы не хотел, чтобы мое тело кто-либо видел после того, как я покончу с собой.

24. Я считаю, что мне еще рано умирать.
25. Не уверен, что все, что можно было попытаться сделать, я уже сделал.
26. Нельзя решаться сразу на такой шаг, нужно выждать хотя бы какое-то время.
27. Может получиться так, что вместо того, чтобы умереть – на всю жизнь останешься инвалидом.
28. При мысли о смерти у меня замирает все внутри.
29. Если я совершу самоубийство, то погублю свою бессмертную душу.
30. Я должен жить ради тех, кто рядом со мной.
31. Я не хочу, чтобы после моей смерти обо мне плохо думали.
32. Мне бы хотелось умереть легко и красиво, но я не знаю такого способа.
33. Я думаю, что еще много мог бы пережить хорошего в своей жизни.
34. Всегда можно найти выход из любой ситуации.
35. На смену чёрной полосе всегда рано или поздно приходит белая.
36. Не могу придумать надежного способа покончить с собой.
37. Если честно признаться, то я боюсь смерти.
38. Совершив самоубийство, я обреку себя на вечные мучения.
39. Я не могу умереть добровольно, потому что есть люди, которые зависят от меня.
40. Я думаю, что покончить с собой – это просто позорное бегство.
41. В самом самоубийстве есть что-то некрасивое.
42. Обидно умирать, не закончив все дела.
43. Может быть, я просто не знаю, как решить ситуацию, но это знает кто-то другой.
44. Даже если проблему нельзя решить, ее можно пережить.
45. Нет уверенности, что удастся умереть.

Опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой)

Данный опросник разработан для экспресс-диагностики суицидального риска и выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Опросник предназначен для лиц 15-18 лет (учащихся 8-11 класса).

С помощью данного опросника возможно индивидуальное и групповое обследование.

Инструкция для обследуемого (обследуемых): «Я буду зачитывать утверждения, а Вы заполнять бланк для ответов. В случае согласия с утверждением ставить «+», в случае несогласия – «-»».

Утверждения

1. Вы всё 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 путём.
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, повинаясь первому порыву.

Опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой)

Бланк для ответов

Ф. И. О. _____ класс _____

Порядковый номер утверждения	Вариант ответа (+ или –)	Порядковый номер утверждения	Вариант ответа (+ или –)
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		27	
14		29	
15			

Обработка и интерпретация результатов. По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. ключ к опроснику). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Ключ к опроснику суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой)

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

Содержание и характеристика субшкальных диагностических концептов

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 пойти 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 самостоятельность: «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.

Методика определения степени риска совершения суицида

Предлагаемая методика направлена на определение степени риска совершения суицида людьми, оказавшимися в экстремальных ситуациях. Вместе с тем, данная методика может использоваться для исследования психики людей, которые по своим поведенческим и другим признакам находятся в условиях психологического кризиса или в пре-суицидальном состоянии.

Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. У обследуемого лица устанавливается наличие и степень выраженности каждого из этих факторов. Сбор необходимой информации осуществляется классическими, хорошо зарекомендовавшими себя методами: наблюдение, психодиагностическая беседа, изучение и анализ документов.

Сбору данных помогает обобщение мнений родственников и знакомых обследуемого лица, сопоставление результатов наблюдений и выводов, сделанных из бесед с его окружением. Родственники и друзья, постоянно общаясь с обследуемым, имеют возможность систематически наблюдать за его поведением, определять психологические особенности и выявлять причины тех или иных отклонений в поведении. Использование дополнительных источников информации повышает достоверность методики.

Обработка и интерпретация результатов. На основании материала, предшествующего изучению личности обследуемого, а также по результатам психодиагностической беседы необходимо отметить наличие выраженности перечисленных в карте факторов. При этом напротив каждого фактора следует поставить его условный «вес» в соответствии с таблицей. Так, например, при наличии факторов 8, 9, 11–31 напротив них ставится «вес» +1; если они слабо выражены, то +0,5; если не выявлены – 0; если фактор отсутствует – ставится –0,5. «Вес» факторов 5–7 оценивается баллами от -0,5 до +2, а факторов 1-4, 10 от –0,5 до +3.

Нулем оцениваются также характеристики факторов 7–10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,8 – риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется от 8,8 до 15,4, то имеется риск совершения суицидальной попытки. В том случае, когда сумма «весов» превышает 15,4, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен

риск ее повтора. При наличии цифр, превышающих критические значения риска суицида, необходима консультация специалиста и проведение клинико-психологического обследования индивида.

Для правильного определения степени риска суицида необходимо точно соблюдать все указанные условия. Результаты изучения целесообразно записывать в рабочую тетрадь, блокнот по определенной системе. Важно систематически накапливать факты и анализировать их, придать этой работе целенаправленный характер.

Карта суицидального риска

Изучаемые факторы:

I. Данные анамнеза

1. Возраст первой суицидальной попытки – до 18 лет.
2. Ранее имела место суицидальная попытка.
3. Суицидальные попытки у родственников.
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).
5. Недостаток тепла в семье в детстве или юношестве.
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
7. Начало половой жизни – 16 лет и ранее.
8. Ведущее место в системе ценностей принадлежит любовным отношениям.
9. Производственная сфера не играет важной роли в системе ценностей.
10. В анамнезе имел место развод.

II. Актуальная конфликтная ситуация

11. Ситуация неопределенности, ожидания.
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений.
13. Продолжительный служебный конфликт.
14. Подобный конфликт имел место ранее.
15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.
16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.
17. Чувство обиды, жалости к себе.
18. Чувство усталости, бессилия.
19. Высказывания с угрозой суицида.

III. Характеристика личности

20. Эмоциональная неустойчивость.
21. Импульсивность.
22. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов.
23. Доверчивость.
24. Эмоциональная вязкость, неподвижность.
25. Болезненное самолюбие.
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.
27. Напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности).
28. Настойчивость.
29. Решительность.
30. Бескомпромиссность.
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

«Вес» факторов риска суицида в зависимости от его наличия, выраженности и значимости

Характеристика фактора	Номера факторов		
	8; 9; 11–31	5–7	1–4; 10
Фактор отсутствует	-0,5	-0,5	-0,5
Фактор слабо выражен	+0,5	+1,0	+1,5
Фактор выражен	+1,0	+2,0	+3,0
Наличие фактора не выявлено	0	0	0

Заключение

Профилактика самоубийств является для важной государственной и социальной задачей, для решения которой необходимо:

- своевременное выявление лиц с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;
- формирование с детьми и подростками более близких отношений путем доверительных бесед с искренним стремлением понять их и оказать им помощь;
- проявление наблюдательности и умения своевременного распознавания индикаторов суицидального риска;
- оказание помощи лицам с низким адаптационным потенциалом;
- дестигматизация психических болезней (борьба с преобладающим стыдом перед ними), предотвращение злоупотребления психоактивными веществами (алкоголем и наркотиками);
- своевременное оказание профильной медицинской помощи лицам, страдающим психическими расстройствами и злоупотребляющими алкоголем или наркотиками;
- осуществление мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства;
- оказание помощи в преодолении стресса на рабочих местах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян К. З. Самоубийство: проблемы мотивации // Психологический журнал. – 1996. – № 2. – С. 16–23.
2. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Медицинская помощь. – 1994. – № 3. – С. 15–18.
3. Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. – Москва: МЦ СССР, 1978.
4. Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И. Семейная диагностика в суицидологической практике: Методические рекомендации. – Москва, 1983. – 51 с.
5. Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения: Методические рекомендации. – Москва, 1991. – 17 с.
6. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – Москва, 1980. – 42 с.
7. Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г., Ратинова Н. А. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций // VI Всероссийский съезд психиатров, г. Томск, 24-26 октября 1990: Тез. докл. – Т. 1. – Москва, 1990. – С. 105–106.
8. Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме: Методические рекомендации. – Москва, 1980. – 16 с.
9. Анискин Д.Б. // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – Москва, 1996. – С. 13-16.
10. Астровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – Москва: Медицина, 1976.
11. Бауман, У. Клиническая психология / У. Бауман. – Москва, 2003. – 1312 с.
12. Бердяев Н. А. О человеке, его свободе и духовности. – Москва: Изд-во Московского психолого-социального института, 1999. – 305 с.
13. Бердяев Н. О самоубийстве. – Москва: Изд-во МГУ, 1992.
14. Берестнева О. Г., Жаркова О. С., Шелехов И. Л. Системный анализ и информационные технологии в задачах исследования гендерных и личностных особенностей современных женщин: монография / О. Г. Берестнева, О. С. Жаркова, И. Л. Шелехов; Томский политехнический университет. – Томск: Издательство Томского политехнического университета, 2013. – 294 с. – ISBN 978-5-4387-0192-7.

15. Берестнева О. Г., Уразаев А. М., Шелехов И. Л. Основные этапы процесса индивидуальной адаптации // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/113-11096>.
16. Берестнева О. Г., Муратова, Е. А., Шелехов И. Л., Жаркова О. С., Уразаев А. М. Математические методы в психологии и педагогике: учебное пособие. – Томск: Издательство Томского государственного педагогического университета, 2012. – 276 с. – ISBN 978-5-89428-605-1.
17. Бехтерев В. М., Булацель Т. Ф. Самоубийство с древнейших времен и до наших дней. – Москва: Смысл, 1997. – 207 с.
18. Блейхер, В. М. Клиническая психопатология: руководство для врачей и клинических психологов: учебное пособие / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Москва: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 623 с.
19. Богоявленский Д. Д., Российские самоубийства и российские реформы // Социологические исследования. – 2002. – № 5 (217). – С. 76–80.
20. Бокий И. В., Красильников А. М., Четвертак И. М. // Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. – Ленинград, 1976. – С. 61-65.
21. Буртовая Н.Б Методы коррекции эгоцентризма в подростковом возрасте и решение проблемы социальной дезадаптации // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2009. – № 11. – С. 96-102.
22. Буртовая Н.Б Психологические средства адаптации личности преподавателей высшей школы к профессиональной деятельности // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2015. – № 3 (156). – С. 9-13
23. Владимирова Т. В. Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1987. – 23 с.
24. Вроно Е. М. Особенности суицидального поведения детей и подростков с различными типами депрессий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1984.
25. Гадаскина И. Д., Толоконцев Н. А. Яды – вчера и сегодня: Очерки по истории ядов. – Ленинград: Наука, 1988. – 204 с.
26. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. – Москва: Медицина, 1964. – 292 с.

27. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – Москва: Север, 1933. – 143 с.
28. Гернет М. Н. Моральная статистика: Уголовная статистика и статистика самоубийств. – Москва, 1992.
29. Гернет М. Н. Преступность и самоубийство во время войны и после неё. – Москва, 1927.
30. Гилинский Я. И., Румянцева Г. А. Основные тенденции динамики самоубийств в России // Девиантность и социальный контроль в России (XIX–XX вв.): Тенденции и социологическое осмысление. – Санкт-Петербург: Алетейя, 2000.
31. Глинский И. Я. Социология девиантного поведения и социального контроля // Социология в России / Ред. В. А. Ядов. – 2-е изд. – Москва, 1998. – С. 587–609.
32. Гоголева, А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А. В. Гоголева. – Москва: 2002. – 237 с.
33. Голенков А. В. Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Том 8, Вып. 3. – С. 109-114.
34. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. – Москва: Медицина, 1980. – 272 с.
35. Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. – 310 с.
36. Данте А. Божественная комедия / А. Данте; Пер. с итал. О. Чуминой. – Москва: Эксмо, 2006. – 760 с.: ил. – ISBN 5–699–14625–3.
37. Дюркгейм Э. Самоубийство (социологический этюд). – Москва: Мысль, 1994. – 430 с.
38. Елизаров, А. Н. Психологическое консультирование семьи: учебное пособие / А. Н. Елизаров. – Москва: Ось-89, 2004. – 399 с.
39. Жук А. Б. Стрелковое оружие. Революеры, пистолеты, винтовки, пистолеты-пулеметы, автоматы. – Москва: Воениздат, 1992. – 735 с.: ил. ISBN 5-203-01445-0.
40. Зайченко А. А. Самоповреждающее поведение // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы III Всероссийской научно-практической конференции. Казань, Казанский государственный университет, 22-23 ноября 2007 года. – Казань: ЗАО «Новое знание», 2007. – С. 381-386.
41. Залевский Г. В., Мамышева Н. Л., Шелехов И. Л. Индивидуально-психологические особенности беременных в прогнозе формирования девиантных форм материнского поведения // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 7-12.

42. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник; под ред. А. С. Спиваковой. – Москва: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 576 с.
43. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения. – Москва, 2001.
44. Климов, Е. А. Конфликтующие реальности в работе с людьми / Е. А. Климов. – Москва, 2001. – 187 с.
45. Клиническая психология / под ред. М. Пере, У. Бауман. – Санкт-Петербург: Питер, 2007. – 1312 с.
46. Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б. Д. Карвасарского. – Санкт-Петербург: Питер, 2007. – 959 с.
47. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – Москва: Медицина, 1985. – 287 с.
48. Коган Л. И. Цель и смысл жизни человека. – Москва: Мысль, 1996. – 235 с.
49. Корнетов А. Н., Шелехов И. Л., Силаева А. В. [и др.] Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях: Методические рекомендации для педагогов и кураторов / А. Н. Корнетов, И. Л. Шелехов, А. В. Силаева, Е. С. Толстолес, С. А. Морева, Е. А. Линок. – Томск: ООО «Рекламная группа Графика», 2013. – 56 с. – ISBN 978-5-9060-94-05-6.
50. Корнетова Е. Г. Клинико-конституциональные особенности и адаптационные возможности больных простой шизофренией: дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2001. – 216 с.
51. Корнетова Е. Г., Семке А. В., Горбацевич Л. А., Перевезнюк А. Г. Роль психофармакотерапии в комплексном подходе к лечению шизофрении: взгляд через модель адаптациогенеза // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение. – С. 118-120.
52. Корнетова Е. Г., Семке А. В. К проблеме терапии первого психотического эпизода // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 17-19.
53. Корнетова Е. Г., Семке А. В. Современные вопросы и перспективы изучения шизофрении с ведущей негативной симптоматикой // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 5-13.
54. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1990. – 224 с.
55. Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях. – Москва, 1987.
56. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – Ленинград: Медицина, 1985. – 416 с.

57. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Ленинград: Медицина, 1997.
58. Личко А. Е., Попов Ю. В. Саморазрушающее поведение у подростков // Социальная психиатрия. Фундаментальные и прикладные исследования. – Ленинград: Изд-во ин-та им. Бехтерева. – 1990. – С. 75-82.
59. Моховиков Н. Н. Суицидология: Прошлое и настоящее. – Москва: Когнито-центр, 2001. – 569 с.
60. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш. – Москва: 2003. – 511 с.
61. Олейчик И. В. Юношеские депрессии с «ювенильной астенической несостоятельностью» (психопатология, диагностика, прогноз): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1997. – 24 с.
62. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств: Руководство для врачей. – Москва, 1996. – 135 с.
63. Ревяков Т. И., Трус Н. В. Катастрофы сознания. – Минск, 1996. – 576 с.
64. Самоубийства в СССР в 1925 и 1926 годах. – Москва, 1929.
65. Сенкевич Г. Quo vadis? Роман / Г. Сенкевич; Пер. Е. Лысенко. – Москва: Панорама, 1992 – 528 с. ISBN 5-85220-144-8.
66. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию: в 2 т. – Москва: Академический проект, 2000, Т. I. – 416 с.; Т. II. – 386 с.
67. Симуткин Г. Г. Депрессивные расстройства (классификация, этиология, патогенез, диагностика, современные подходы к терапии и реабилитации). – Уфа – Томск: Изд-во «Восточный университет», 2004. – 80 с.
68. Симуткин Г. Г. Альтернативные и дополнительные методы терапии депрессии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2007. – 370 с.
69. Суицидология: Прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах. – Москва: Когито-Центр, 2001. – 569 с.
70. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – Москва, 1955. – Т. 1. – 458 с.
71. Тихоненко В. А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. – Москва, 1978. – С. 59-73.
72. Тодд Дж. Основы клинической и консультативной психологии / Дж. Тодд. – Москва: 2001. – 761 с.

73. Трегубов Л. З., Вагин Ю. Р. Эстетика самоубийства. – Пермь: КАПИК, 1993. – 268 с.
74. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – Москва: Медицина, 1973. – 392 с.
75. Франкл В. Воля к смыслу / Пер. с англ. – Москва: Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 368 с. (Серия «Психологическая коллекция»).
76. Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия / В. Франкл. – Санкт-Петербург: Речь, 2000. – 290 с.
77. Франкл В. Поиск смысла жизни и логотерапия / В. Франкл // Психология личности. Тексты. – Москва: МГУ, 1982. – С. 121.
78. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд. – Москва: Педагогика-Пресс, 1993. – 68 с. – ISBN 3-596-42001-6.
79. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. Ч. 2: Сновидения / З. Фрейд. – Москва: Наука, 1989. – С. 50–153.
80. Фрейд З. Знаменитые случаи из практики / З. Фрейд ; сост.: В. Николаев; пер.: В. Николаев, А. Боковиков. – Москва: Когито-Центр, 2007. – 544 с. – ISBN 5-89353-219-8.
81. Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности / З. Фрейд. – Минск: Попурри, 2013. – 480 с. – ISBN 978-985-15-1978-7.
82. Фрейд З. Пересмотр теории сновидений. Введение в психоанализ = Vorlesungen zur Einfuhrung in die Psychoanalyse und Neue Folge / З. Фрейд. – Москва: АСТ, 2010. – 224 с. (Серия: Психология) – ISBN 978-5-17-059768-0.
83. Фрейд З. Психоанализ детских неврозов: Авторский сборник / З. Фрейд; пер.: Г. Барышникова. – Санкт-Петербург: Лениздат, 2014. – 288 с. (Серия: Лениздат-классика.) – ISBN 978-5-44530313-8.
84. Фрейд З. Психоаналитические этюды / З. Фрейд. – Харьков: Фолио, 2013. – 256 с. – ISBN 978-966-03-6274-1.
85. Фрейд З. Толкование сновидений / З. Фрейд. – Москва: Азбука; Азбука-Аттикус, 2013. – 512 с. (Серия: Азбука-классика) – ISBN 978-5-389-01348-3.
86. Фрейд З. Я и Оно / З. Фрейд. – Москва: Эксмо, 2014. – 864 с. (Серия: Золотая библиотека мудрости.) – ISBN 978-5-699-68147-1.
87. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Психология женщины / Пер. с англ. – Москва: Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 560 с. (Серия «Психологическая коллекция»).
88. Хорни К. Самоанализ. Невротическая личность нашего времени / Пер. с англ. под ред. А. Боковикова. – Москва: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 448 с. (Серия «Психологическая коллекция»).

89. Хухлаева, О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учебное пособие для вузов / О. В. Хухлаева. – 5-е изд., стереотип. – Москва: Академия, 2008. – 202, [1] с.: табл. – (Высшее профессиональное образование).
90. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – 3-е изд. – Санкт-Петербург: Питер, 2007. – 607 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»).
91. Чижевский А. Л. Земное эхо солнечных бурь. – Москва: Мысль, 1976. – 398 с.
92. Шелехов И. Л., Белозёрова Г. В., Мартынова А. И. Личность и внутриличностный конфликт в концепциях фрейдизма и классического психоанализа // Научно-педагогическое обозрение. Pedagogical Review. 2016. – №1 (11). – С. 9-20.
93. Шелехов И. Л., Берестнева О. Г. Репродуктивное здоровье женщины: психологические и социальные аспекты: монография / Томский политехнический университет, Томский государственный педагогический университет, Сибирский государственный медицинский университет. – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2013. – 366 с. – ISBN 978-5-4387-0190-3.
94. Шелехов И. Л., Гадельшина Т. Г. Аддиктивные состояния: учебно-методический комплекс. – 2-е изд., испр. и доп. – Томск: Издательство Томского государственного педагогического университета, 2012. – 332 с. – ISBN 978-5-89428-585-6.
95. Шелехов И. Л., Каштанова Т. В., Корнетов А. Н., Толстолес Е. С. Суицидология: учебное пособие. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. – 203 с. – ISBN 978-5-98591-058-2.
96. Шелехов И. Л., Уразаев А. М. Психологическая коррекция девиантных форм материнского поведения. – Томск: Издательство томского государственного педагогического университета, 2009. – 128 с. – ISBN 978-5-89428-299-2.
97. Шелехов И. Л., Федчишина Е. С. Внутриличностный конфликт и одиночество // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. – Вып. 6 (134). – С. 164-170.
98. Шелехов И. Л. Методы активного социально-психологического обучения: учеб.-метод. комплекс / И. Л. Шелехов, Е. В. Гребенникова, П. В. Иваничко ; ФГБОУ ВПО «ТГПУ». – Томск: Изд-во Том. гос. пед. ун-та, 2014. – 264 с. – ISBN 978-5-89428-729-4.
99. Шелехов, И. Л. Суицидология: учебное пособие / И. Л. Шелехов, Т. В. Каштанова, А. Н. Корнетов, Е. С. Толстолес // Международный

- журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 9. – С. 67. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rae.ru/upfs/?section=content&op=show_article&article_id=3408.
100. Шелехов И. Л., Гумерова Ж. А. Основы этнологии и этнопсихологии: учебное пособие. – Томск: Издательство ТГПУ, 2013. – 352 с. – ISBN 978-5-49428-661-7.
 101. Шнейдер, Л. Б. Основы консультативной психологии: учебное пособие / Л. Б. Шнейдер. – Москва [и др.]: МПСИ [и др.], 2005. – 348 с.
 102. Шнейдер, Л. Б. Основы семейной психологии: учебное пособие / Л. Б. Шнейдер ; РАО МПСИ. – 2-е изд., стереотип. – Москва [и др.]: МПСИ [и др.], 2005. – 926 с.
 103. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – Москва: Когнито-Центр, 2001. – 569 с.
 104. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: Пер. с англ. – Москва: Смысл, 2001. – 315 с.
 105. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Теория и практика психологической помощи. – Москва: Смысл, 2001. – 372 с.
 106. Эйдемиллер Э. Г. Тактика семейной психотерапии при психопатиях и психопатоподобных расстройствах подросткового возраста // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Ленинград, 1978. – С. 64-75.
 107. Юнацкевич П. И., Гишинский И. В. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии: учебное пособие / Под ред. В. А. Куганова. – Санкт-Петербург, 1999. – 338 с.
 108. Юнг, К. Г. Цели психотерапии. Некоторые принципиальные соображения о практической психотерапии. Основные вопросы психотерапии. Психология переноса. Статьи: Пер. с англ. – Москва: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 1997. – 304 с. – С. 11–82.
 109. Юнг, К. Г. Человек и его символы / К. Г. Юнг [и др.]; пер.: И. Сиренко, С. Сиренко, Н. Сиренко. – Москва: Серебряные нити; ИП «Медков С. Б.», 2013. – 352 с. – ISBN 978-5-902582-37-3.
 110. Abbey K. J., Madsen C. H., Polland R. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1989. – Vol. 19. – P. 216-222.
 111. Adityanjee D. R. // International J. of Social Psych. – 1986. – Vol. 32. – P. 64-73.
 112. Allen B. // Adolescence. – 1987. – Vol. 22. – P. 271-290.

113. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV). – Washington, DC: American psychiatric Association, 1994.
114. Apter A., Bleich A., Plutchik R., Mendelsohn S., Tyano S. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1988. – Vol. 27, N. 6. – P. 696-699.
115. Asarnow J. R., Carlson G. A., Guthrie D. // J. of Consulting and Clinical Psychology. – 1987. – Vol. 55. – P. 361-366.
116. Asarnow J. R., Guthrie D. // J. of Clinical Child Psychology. – 1989. – Vol. 18. – P. 129-136.
117. Asberg, M., Schalling, D., et al. Psychobiology of suicide, impulsivity, and related phenomena. In H.Y. Meltzer (ed.), Psychopharmacology: The third generation of progress. – New York: Raven Press, 1987, pp. 655–668.
118. Barraclough B. M. // Acta Psych. Scand. – 1992. – Vol. 86. – P. 64-69.
119. Barter J.T., Swaback D.O., Todd D. // Arch. of Gen. Psych. – 1968. – Vol. 19. – P. 523-527.
120. Beck A. T. Hopelessness as a predictor of eventual suicide // In J.J. Mann & M. Stanley (Eds.). Psychobiology of suicidal behavior. – New York: Academy of Sciences, 1986. – P. 90-96.
121. Beck A. T., Steer R. A., Beck J. S., Newman C. F. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1993. – Vol. 23, N 2. – P. 139-145.
122. Berman A. L., Jobes D. A. Adolescent suicide: Assessment and intervention. – Washington, DC: American Psychological Association, 1991.
123. Biegon A., Grinspoon A., Blumenfeld B. // Psychopharmacol. – 1990. – Vol. 100. – P. 165-167.
124. Bille-Brahe U. Suicidal Behaviour in Europe: The situation in the 1990 s. – Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998.
125. Bille-Brahe U., Bjerke T., Crepet P., Deleo D., Haring C., Hawton K., Kerkhof A., Lonnqvist J., Michel K., Philippe A., Pommereau X., Querejeta I., Salender-Renberg E., Schmidtke A., Temesvary B., Wasserman D., Sampaio-Faria J.G. The WHO /Euro multicentre study on parasuicide. Facts and figures. – WHO/OMS. – Copenhagen, 1993.
126. Bille-Brahe U., Schmidtke A. Conduites suicidaires des adolescents: la situation en Europe. // Adolescence et suicide. – Paris: Masson, 1995. – P. 18-38.
127. Blumenthal S. J. // J. of the Am. Med. Association. – 1990. – Vol. 264. – P. 3194-3196.

128. Blumenthal, S. J. Youth suicide: The physician's role in suicide prevention. *J.A.M.A.* 264:3194–3196, 1990.
129. Bonner R. L., Rich A. R. // *Cognitive Therapy and Research*. – 1988. – Vol. 12. – P. 549-556.
130. Borges G., Anthony J. C., Garrison C. Z. // *Epidemiol. Rev.* – 1995. – Vol. 17, N 1. – P. 228-239.
131. Brand E. F., King C. A., Olson E., Ghaziuddin N., Naylor M. // *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psych.* – 1996. – Vol. 35, N 1. – P. 34-41.
132. Brent D., Kolko D. J. Suicide and suicidal behavior in children and adolescent. – In B.D. Garfinkel, G.A. Carlson, E.B. Weller (Eds.). // *Psychiatric disorders in children and adolescents*. – Philadelphia, PA: W.B. Saunders, 1990.
133. Brent D., Kolko D. J., Allan M., Brown R. V. // *J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych.* – 1990. – Vol. 29. – P. 586-593.
134. Brent D., Perper J., Goldstein C., Kolko D., Allan M., Allman C., Zelenak J. // *Arch. Gen. Psych.* – 1988. – Vol. 45. – P. 581-588.
135. Brent D., Zelenak J. P., Bukstein O., Brown R. V. // *J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych.* – 1990. – Vol. 29, N. 3. – P. 349-354.
136. Brent D. A., Perper J., Moritz G., Allman C., Friend A., Roth C., Schweers J., Balach L., Baugher M. // *J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych.* – 1993. – Vol. 32, N 3. – P. 521-529.
137. Brent D. A., Perper J. A., Moritz G., Baugher M., Schweers J., Roth C. // *J. of Affective Disorders*. – 1994. – Vol. 31. – P. 193-202.
138. Carlson G., Davenport Y., Jamison K. // *Am. J. of Psych.* – 1977. – Vol. 134. – P. 912-922.
139. Carlson G. A., Cantwell D. P. // *J. of the Am. Acad. of Child Psych.* – 1982. – Vol. 21. – P. 361-368.
140. Carre J.-R., Zucker E. Mortalite et morbidite violentes dans la population des jeunes de 15 a 24 ans. Accidents de la route et suicides: des causes evitables. – Paris : Haut Conseil de la Population et la Famille, La Documentation Francaise, 1989.
141. Choquet M., Ledoux S. Adolescents, Enquete nationale. Analyses et Prospectives. – Paris: Editions INSERM, 1994.
142. Clum G., Patsiokas A., Luscomb R. // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. – 1979. – Vol. 47. – P. 937-945.
143. Cohen-Sandler R., Berman A. L., King R. A. // *J. of the Am. Acad. of Child Psych.* – 1982. – Vol. 21. – P. 178-186.
144. Crumley F.E. // *J. of the Am. Med. Association*. – 1979. – Vol. 241, N 22. – P. 2404-2407.

145. Davidson F., Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui, etude épidémiologique. – Paris: INSERM/Doin Eds., 1986.
146. Davidson L., Gould M. Contagion as a risk factor for youth suicide. // In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.). – Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. – V. 2. – Risk factors for youth suicide. – P 88-109. – DHHS Pub. No. (ADM) 89-1622. – Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1989.
147. Deykin E. Y., Alpert J. J., McNamara J. J. // Am. J. of Psych. – 1985. – Vol. 142. – P. 1299-1303.
148. Diekstra R. F. W. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1985. – Vol. 15. – P. 27-42.
149. Diekstra R. F. W. Current Research on suicide and Parasuicide. // In N. Klerman, S. D. Platt (Eds.). – Edinburgh University Press, 1989. – P. 2-21.
150. Diekstra R. F. W. Epidemiology of attempted suicide in the EEC. – In: Wilmette J. et Mendlewicz J. (Eds.). // New trends in suicide prevention. – Basel: Karger, 1982. – P. 1-16.
151. Diekstra R. F. W., Gulbinat W. // Rapp. trimest. statist. sanit. mond. – OMS, 1993. – P. 46.
152. Dublin, L. I. Suicide. New York: Ronald Press, 1963.
153. Durkheim E. Le Suicide. Glencoe, IL: Free Press, 1950.
154. Durkheim E. Suicide. – Paris, 1897.
155. Farberow N. L. Preparatory and prior suicidal behaviors. In Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. // Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. – Vol. 2. – Risk factors for youth suicide (DHHS Publication No. ADM 89-1622). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1989. – P. 34-55.
156. Farberow N. L., Litman R. E., Nelson F. L. A survey of youth suicide in California. // In R. Yufit (Ed.). – Proceedings of the 21st Annual Meeting of the American Association of Suicidology. – Denver, CO: American Association of Suicidology, 1988. – P. 298-300.
157. Farberow, N. L., Schneidman, E. S. The cry for help. New York: McGraw-Hill, 1961.
158. Fawcett J., Scheftner W. A., Fogg L., Clark D. C., Young M. A., Hedeker D., Gibbons R. // Am. J. of Psych. – 1990. – Vol. 147. – P. 1189-1194.
159. Ferro T., Carlson G. A., Grayson P., Klein D. N. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1994. – Vol. 33. – P. 664-670.
160. Fingerhut L.A., Kleinman J.C. Letter to the editor, «Suicide Notes for Young People». // J. of the Am. Med. Association, 1988.

161. Fremouw W., Callahan T., Kashden J. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1993. – Vol. 23. – N 1. – P. 46-54.
162. Friedman R.C., Arnoff M.S., Clarkin J.F. // Am. J. of Psych. – 1983. – Vol. 35. – P. 837-844.
163. Gallup Organization. Teenage suicide study: Executive summary. – Princeton, NJ: Gallup Organization, 1991, March.
164. Gallup Organization. Teenage suicide study: Executive summary. – Princeton, NJ: Gallup Organization, 1994, June.
165. Garfinkel B. D., Froese A., Hood J. // Am. J. of Psych. – 1982. – Vol. 139. – P. 1257-1261.
166. Garnefski N., Diekstra R. F. W. Comportement suicidaire et problèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs concomitants. // Adolescence et suicide. – Paris: Masson, 1995. – P. 47-59.
167. Garrison C. Z. Demographic predictors of suicide. – In R.W. Maris, A.L. Berman, J. T. Maltzberger, R. I. Yufit (Eds.). – Assessment and prediction of suicide. – New York: The Guilford Press, 1992. – P. 484-496.
168. Garrison C. Z., Addy C. L., Jackson K. L., McKeown R.E., Waller J.L. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1991. – Vol. 30. – P. 597-603.
169. Gould M., Shaffer D. // New England J. of Med. – 1986. – Vol. 315. – P. 690-694.
170. Gould M., Shaffer D., Kleinman M. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1988. – Vol. 18. – P. 90-99.
171. Gould M., Wallenstein S., Kleinman M. // Am. J. of Epidemiology. – 1990. – Vol. 131. – P. 71-78.
172. Green A.H. // Am. J. of Psych. – 1978. – Vol. 135. – P. 579-582.
173. Greenhill L., Stanley M., Cooper T., Setterberg S., Elzohairy B., Clarvit S., Parides M., Shapiro B., Cohen L., Shaffer D. Biological studies in suicidal adolescents: Comparison of CSF measures and fenfluramine challenge results. – Paper presented at the 38th annual meeting of the American Association of Suicidology, Boston, MA, 1991.
174. Grosz D. E., Zimmerman J. K., Asnis G. M. Suicidal Behavior in Adolescents: A Review of Risk and Protective Factors. // In J.K. Zimmerman & G.M. Asnis (Eds.). Treatment Approaches with Suicidal Adolescents. – New York: John Wiley & Sons Inc., 1995. – P. 17-43.
175. Hafner H., Schmidke A. Do televised fictional suicide models produce suicides? // In C.R. Pfeffer (Ed.). Suicide among youth: Perspectives on

- risk and prevention. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1989. – P. 117-142.
176. Harkavy Friedman J., Asnis G., Boeck M., DiFiore J. // *Am. J. of Psych.* – 1987. – Vol. 144, N 9. – P. 1203-1206.
 177. Hassan R. *A Way of Dying: Suicide in Singapore.* – Kuala Lumpur, Oxford: University Press, 1983.
 178. Hawton K., Haigh R., Simkin S., Fagg J. // *Psychol. Med.* – 1995. – Vol. 25, N 1. – P. 179-188.
 179. Hawton K., O'Grady J., Osborn M., Cole D. // *Brit. J. of Psych.* – 1989. – Vol. 140. – P. 118-123.
 180. Holinger P.C. Epidemiological issues in youth suicide. // In C.R. Pfeffer (Ed.). – *Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention.* – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1989. – P. 41-62.
 181. Ineichen B. // *Mental Health, Religion & Culture.* – 1998. – Vol. 1, N 1. – P. 31-36.
 182. Isherwood J., Adam K. S., Hornblow A. R. // *J. of Psychosomatic Research.* – 1982. – Vol. 26. – P. 371-383.
 183. Jacobs J. J. *Adolescent Suicide.* – New York: John Wiley & Sons, 1971.
 184. Jacobziner H. // *J. of the Am. Med. Association.* – 1965. – Vol. 10. – P. 22-36.
 185. Jaffe R.T., Offord D.R., Boyle M.H. // *Am. J. of Psych.* – 1988. – Vol. 145. – P. 1420-1423.
 186. Jobes D.A., Berman A.L. Response biases and the impact of psychological autopsies on medical examiners' determination of mode of death. – Paper presented at the 17th Annual Meeting of the American Association of Suicidology. – Anchorage, AK, 1984, October.
 187. Johnson B, Brent D. Personality and other predictors of suicidal behavior in adolescent inpatients. – Paper presented at the 38th annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – San Francisco, CA, 1991.
 188. Kahn J.P., Prowda K.J., Trautman P.D. // In J.K. Zimmerman & G.M. Asnis (Eds.). *Treatment Approaches with Suicidal Adolescents.* – New York: John Wiley & Sons Inc., 1995. – P. 219-240.
 189. Kaplan H.I., Sadock B.J. *Clinical psychiatry: from synopsis of psychiatry.* – Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.
 190. Kety S. Genetic factors in suicide. // In A. Roy (Ed.). *Suicide.* – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1986. – P. 41-45.
 191. King C.A., Raskin A., Gdowski C.L., Butkus M., Opipari L. // *J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych.* – 1990. – Vol. 29, N 2. – P. 289-294.

192. Kirkpatrick-Smith K., Rich A., Bonner R., Jans F. Substance abuse and suicidal ideation among adolescents. // In D. Lester (Ed.), *Suicide '89*. – Denver, CO: American Association of Suicidology, 1989. – P.90-91.
193. Kosky R. // *J. of Child Psychology and Psych.* – 1983. – Vol. 24. – P. 457-468.
194. Kosky R., Silburn S., Zubrick S. // *J. of Nervous and Mental Diseases.* – 1986. – Vol. 174. – P. 523-528.
195. Kovacs M., Feinberg T.L., Crouse-Novak M.A., Paulauskas S.L., Finkelstein R. // *Arch. of Gen. Psych.* – 1984. – Vol. 41. – P. 229-237.
196. Kuperman S., Black D.W., Burnst L. // *J. of Clinical Psych.* – 1988. – Vol. 49. – P. 88-93.
197. Kuznetsov V.E. // *Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca.* – 1995. – Vol. 2, N 3. – P. 103-131.
198. Ladame F., Ottino J. Les paradoxes du suicides. // *Adolescence (Paris).* – 1993. – Vol. 11. – P. 125-136.
199. Latha K.S., Bhat S.M., D'Souza P. // *Acta Psych. Scand.* – 1996. – Vol. 94. – P. 26-30.
200. Laufer M. Laufer E. *Adolescence et rupture du développement.* – Trad. franç. – PUF. – Paris, 1989.
201. Lesage A.D., Boyer R., Grunberg F., Vanier C., Morissette R., Miftenard-Buteau C., Loyer M. // *Am. J. of Psych.* – 1994. – Vol. 151. – P. 1063-1068.
202. Lester D. *Why people kill themselves* (3rd ed.). – Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1992.
203. Lewinsohn P.M. // *J. of Consulting and Clinical Psychology.* – 1994. – Vol. 62. – P. 297-305.
204. Lewinsohn P.M. Tentatives de suicide à l'adolescence et facteurs de risque psychosociaux. // *Adolescence et suicide.* – Paris: Masson, 1995. – P. 60-66.
205. Lipschitz D.S., Kaplan M.L., Asnis G.M. Characteristics of abuse in psychiatric outpatients. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA. – 1994.
206. Mäkinen I. N. Eastern European transition and suicide mentality. *Social Science & Medicine* 51 (2000), 1405-1420.
207. Mann J.J., Arango P., Marzuk P.M., Thecanat S., Reis D.J. // *Brit. J. of Psych.* – 1989. – Vol. 155 (suppl. 8). – P. 7-14.
208. Mann J.J., DeMeo M.D., Keilp J.G., McBride P.A. Biological correlates of suicidal behavior in youth. // In C.R. Pfeffer (Ed.). *Suicide among*

- youth: Perspectives on risk and prevention. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1989. – P. 185-202.
209. Marecek J. Resisting and remaking gender imperatives: women's suicide as gendered protest in Sri Lanka // International Journal of Psychology: Abstracts of XXVII International Congress of Psychology. Stockholm, 2000. P. 36.
 210. Maris R.W. Pathways to suicide. – Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, – 1981.
 211. Maris R.W. The relationship of nonfatal suicide attempts to completed suicide. / In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (Eds.). // Assessment and prediction of suicide. – New York: The Guilford Press, 1992. – P. 362-380.
 212. Marttunen M., Aro H., Henriksson M., Lonnqvist J. Le suicide des adolescents en Finlande. // Adolescence et suicide. – Paris: Masson, 1995. – P.39-46.
 213. Marttunen M.J., Aro H.M., Henriksson M.M., Lonnqvist J.K. // Arch. of Gen. Psych. – 1991. – Vol. 48. – P. 834-839.
 214. Marzuk, P. M., Tardiff, K., Hirsch, C.S. The epidemiology of murder-suicide. J.A.M.A. 267:3179–3183, 1992.
 215. Mattison R. // J. of Clinical Psych. – 1988. – Vol. 49, N 10 (Suppl.). – P. 9-11.
 216. Murphy G.E., Wetzel R.D. // Arch. of Gen. Psych. – 1980. – Vol. 37. – P. 519-523.
 217. Myers K., McCauley E., Calderon R., Mitchell J., Burke P., Schloredt K. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1991. – Vol. 30, N 1. – P. 86-94.
 218. National Center for Health Statistics. Monthly vital statistics report. – Hyattsville, MD: U.S. Public Health Service. – 1989. – Vol. 37, N 13.
 219. National Center for Health Statistics. Monthly vital statistics report. – Hyattsville, MD: U.S. Public Health Service. – 1989. – Vol. 40, N 8.
 220. National Center for Health Statistics. Monthly vital statistics report. – Hyattsville, MD: U.S. Public Health Service. – 1992. – V. 40, N 8.
 221. Nelson F.C. // Adolescence. – 1987. – Vol. 88. – P. 813-825.
 222. Otto O. // Acta Psych. Scand. – 1972. – Vol. 233 (suppl.). – P. 7-123.
 223. Paarregaard G. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1975. – Vol. 5, N 3. – P. 140-144.
 224. Parket A. // Brit. J. Psych. – 1981. – Vol. 139, N 10. – P. 306-312.
 225. Patel S.P., Gaw A.C. // Psych. Services. – 1996. – Vol. 47. – P. 517-521.
 226. Pawlak C. De l'individu au collectif: l'épidémiologie des conduites suicidaires // Adolescence et suicide. – Paris : Masson, 1995. – P. 11-17.

227. Pawlak C., Wagner P. // Mèd. Hyg. – 1995. – Vol. 2067. – P. 850-854.
228. Paykel E.S. Stress and life events. In L. Davidson & M/ Linnoila (Eds.). – Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. – Vol. 2. – Risk factors for youth suicide. – P 110-130. – DHHS Pub. No. (ADM) 89-1622. – Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1989.
229. Pfeffer C. R. Family characteristics and support systems as risk factors for youth suicidal behavior. // In L. Davidson & M/ Linnoila (Eds.). – Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. – Vol. 2. – Risk factors for youth suicide. – P 71-87. – DHHS Pub. No. (ADM) 89-1622. – Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1989.
230. Pfeffer C.R. Life stress and family risk factors for youth fatal and nonfatal suicidal behavior. – In C.R. Pfeffer (Ed.), // Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1989. – P. 143-164.
231. Pfeffer C.R., Klerman G.L., Hurt S.W., Kakuma T., Peskin J.R., Siefker C.A. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1993. – Vol. 32, N 1. – P. 106-113.
232. Pfeffer C.R., Klerman G.L., Hurt S.W., Lesser M., Peskin J.R., Siefker C.A. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1991. – Vol. 30, N 4. – P. 609-616.
233. Pfeffer C.R., Newcorn J., Kaplan G., Mizruchi M.S., Plutchik R. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1988. – Vol. 27. – P. 357-361.
234. Phillips D.P., Lesyna K., Paight D.J. Suicide and the media. // In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.). Assessment and prediction of suicide. – New York: The Guilford Press, 1992. – P. 499-519.
235. Phillips D.P., Paight D.J. // New England J. of Med. – 1987. – Vol. 317. – P. 809-811.
236. Platt S., Bille-Brahe U., Kerkhof A., Schmidtke A., Bjerke T., Crepet P., Deleo D., Haring C., Lonnqvist J., Michel K., Philippe A., Pommereau X., Querejeta I., Salender-Renberg E., Temesvary B., Wasserman D., Sampaio-Faria J.G. // Acta Psych. Scand. – 1992. – Vol. 85. – P. 97-104.
237. Platt S., Hawton K., Kreitman N., Fagg J., Foster J. // Psychol. Med. – 1988. – Vol. 18. – P. 405-418.
238. Pommereau X., Delorme M., Druot J.-M., Tèdo Ph.-P. // Psychiatrie Francaise. – 1995. – Vol. 2. – P. 50-60.
239. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.

240. Puig-Antich J., Lukens E., Davies M., Goetz D., Brennan-Quattrock J., Todak G. // Arch. of Gen. Psychiatry. – 1985. – Vol. 42. – P. 500-507.
241. Puig-Antich J., Lukens E., Davies M., Goetz D., Brennan-Quattrock J., Todak G. // Arch. of Gen. Psych. – 1985. – Vol. 42. – P. 511-517.
242. Raleigh V.S., Bulusu L., Balarajan R. // Brit. J. of Psych. – 1990. – Vol. 156. – P. 46-50.
243. Rapoport J., Elkins R., Langer D., Sceery W., Buchsbaum M.S., Gillin J.C., Murphy D.L., Zahn T.P., Lake R., Ludlow C., Mendelson W. // Am. J. of Psych. – 1988. – Vol. 138. – P. 1545-1554.
244. Rich A., Bonner R. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1987. – Vol. 17. – P. 265-270.
245. Rich C.L., Fowler R.C., Fogarty L.A., Young D. // Arch. of Gen. Psych. – 1988. – Vol. 45. – 589-592.
246. Robbins D.R., Alessi N.E. // Am. J. of Psych. – 1985. – Vol. 142. – P. 588-592.
247. Robins L.N. // Psychological Med. – 1978. – Vol. 8. – P. 611-622.
248. Rosenberg M.L., Smith J.S., Davidson L.E., Conn J.M. // Annual Review of Public Health. – 1987. – Vol. 8. – P. 417-440.
249. Rotheram-Borus M., Trautman P., Dopkins S., Shrout P. // J. of Consulting and Clinical Psychology. – 1990. – Vol. 58. – P. 554-561.
250. Roy A. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1994. – Vol. 24, N 1. – P. 10-14.
251. Roy A. Genetics, biology, and the family. // In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltsberger, & R.I. Yufit (Eds.). Assessment and prediction of suicide. – New York: The Guilford Press, 1992. – P. 574-588.
252. Rubenstein J., Heeren T., Housman D., Rubin C., Stechler G. // Am. J. of Orthopsychiatry. – 1989. – Vol. 59. – P. 59-71.
253. Rudd M.D. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1990. – Vol. 20, N 1. – P. 16-30.
254. Rutter M., Hersov L. (Eds.) Child and adolescent psychiatry: Modern approaches. – Boston, MA: Blackwell Scientific Publications, 1985.
255. Ryan N.D., Puig-Antich J., Rabinovich H., Ambrosini P., Robinson D., Nelson B., Novacenko H. // J. of Affective Disorders. – 1988. – Vol. 15. – P. 323-337.
256. Sansonnet-Hayden H., Haley G., Marriage K. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1987. – Vol. 26. – P. 753-757.
257. Schachter M. // J. Med Lyon. – 1974. – Vol. 55, N 1263. – P. 245-256.
258. Schmidke A., Hafner H. // Psychological Med. – 1988. – Vol. 18. – P. 665-676.

259. Schmidtke A., Bille-Brahe U., Kerkhof A., Deleo D., Platt S., Sampaio-Faria J.G., Henderson J., Pototzky W. // *Ital. J. Suicidol.* – 1993. – Vol. 3. – P. 83-95.
260. Schneidman E. S. *Suicide as Psychohe: Clinical Approach to Self – Destructive Behavior.* Northvale, New Jersy, London: Jason Aronson Inc, 1993.
261. Schneidman, E. S., Farberow, N. L. *Clues to suicide.* New York: McGraw–Hill, 1957.
262. Schneidman, E. S., Farberow, N. L., *Some Facts about Suicide.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1961.
263. Schotte D., Clum G. // *J. of Consulting and Clinical Psychology.* – 1982. – Vol. 55. – P. 49-54.
264. Schuckit M.A., Schuckit J.J. *Substance use and abuse: A risk factor in youth suicide.* // In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.). – *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide.* – Vol. 2. – Risk factors for youth suicide. – P 172-183. – DHHS Pub. No. (ADM) 89-1622. – Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1989.
265. Schulsinger F., Kety S., Rosenthal D., Wender P. *A family study of suicide.* // In M. Schou & E. Stromgren (Eds.). *Origin, prevention and treatment of affective disorders.* – London, UK: Academic Press, 1979. – P. 277-287.
266. Seyer, D. *Suicide In the Native Indians of Canada* // *Proceedings of the 10th International Congress of Suicide Prevention.* – 1979. – Vol. I. – P. 344–355.
267. Shaffer D. // *J. of Child Psychology and Psych.* – 1974. – Vol. 15. – P. 275-291.
268. Shaffer D. // *J. of Clinical Psych.* – 1988. – Vol. 49. – P.36-41.
269. Shaffer D., Garland A., Bacon K. *Prevention issues in youth suicide.* – In D. Shaffer, I. Philips, & N.B. Enser (Eds.), *Prevention of mental disorders, alcohol, and other drug use in children and adolescents.* – OSAP Prevention Monograph. N 2. – Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. – 1989.
270. Shaffer D., Garland A., Gould M., Fisher P., Trautman P. // *J. Am. Acad. Child Adolescent Psych.* – 1988. – Vol. 27, N 6. – P. 675-687.
271. Shaffer D., Vieland V., Garland A., Rojas M., Underwood M., Busner C. // *J. of the Am. Med. Association.* – 1990. – Vol. 264. – P. 3151-3155.
272. Shafii M., Carrigan S., Whittinghill L., Derrick A. // *Am. J. of Psych.* – 1985. – Vol. 142. – P. 1061-1064.

273. Shneidman E. Definition of suicide. – New York: John Wiley & Sons, 1985.
274. Shneidman E. Definition of suicide. – Northvale, NJ: Jason Aronson, 1994.
275. Smith K., Crawford S. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1986. – Vol. 16. – P. 313-325.
276. Smith K., Mercy J.A., Rosenberg M.L. Suicide and homicide among Hispanics in the Southwest. – Public Health Report. – 1986. – Vol. 101. – P. 265-270.
277. Solomon M. I., Hellon C. P. // Arch. of Gen. Psych. – 1980. – Vol. 37. – P. 511-513.
278. Sorenson S. B., Golding J. M. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1988. – Vol. 18. – P. 205-218.
279. Spirito A., Overholser J., Ashworth S., Morgan J., Benedict-Drew C. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1988. – Vol. 27, N 6. – P. 705-711.
280. Stack S. // Am. Sociological Review. – 1987. – Vol. 52. – P. 401-412.
281. Stack S. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1993. – Vol. 24, N 1. – P. 63-66.
282. Stack S., Gundlach J., Reeves J. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1994. – Vol. 24, N1. – P. 15-23.
283. Stanley E. J., Barter J. T. // Am. J. of Orthopsychiatry. – 1970. – Vol. 40. – P. 87-96.
284. Stengel E. Suicide and attempted suicide. – London: Penguin Books, 1967.
285. Strober M., Morrell W., Burroughs J., Lampert C., Danforth H., Freeman R. // J. of Affective Disorders. – 1988. – Vol. 15, N 3. – P. 255-268.
286. Sudak H.S., Ford A.B. // Am. J. Psychother. – 1984. – Vol. 38, N 3. – P. 350-363.
287. Swanson J. W., Linskey A. O., Quintero-Salinas R., Pumariega A.J., Holzer C.E. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1992. – Vol. 31. – P. 669-678.
288. Tischler C., McKenry P., Morgan K. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1981. – Vol. 11. – P. 86-92.
289. Topol P., Reznicoff M. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1982. – Vol. 12. – P. 141-150.
290. Trautman P. D., Rotheram-Borus M. J., Dopkins S., Lewin N. // J. of the Am. Acad. of Child and Adolescent Psych. – 1991. – Vol. 30, N 4. – P. 617-622.

291. United Nations Department for Policy Coordination and Sustainable Development. Prevention of suicide. Guidelines for the formulation and implementation of national strategies. – New York: United Nations Publications, 1996.
292. Vedrinne J., Weber D. // *Psychiatrie Francaise*. – 1995. – Vol. 2. – P. 67-74.
293. Vega W. A., Gil A., Warheit G., Apostori E., Zimmerman R. // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 1993. – Vol. 23, N 2. – P. 110-119.
294. Vollum S. Gender, attributional styles, and direction of lethal violence: a partial test of an integrated model of suicide and homicide // *Homicide studies*. 2001. Vol. 5. P. 227-252.
295. Weisman M. // *Arch. Gen. Psych.* – 1974. – Vol. 30, N 6. – P. 737-746.
296. Welner A., Welner Z., Fishman R. // *Arch. of Gen. Psych.* – 1979. – Vol. 36. – P. 689-700.
297. Wetzel R. D., Margulies T., Davis R., Karam E. // *J. of Clinical Psych.* – 1980. – Vol. 41. – P. 159-160.
298. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide, York, 22-26 September 1986 [summary report]. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986. – Document ICP/PSF 017(S).
299. Yang B., Clum G. A. // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 1994. – Vol. 24, N 2. – P. 127-139.
300. Zimmerman J. K., Morledge J. Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample: A replication and extension. – Unpublished manuscript, 1992.

ГЛОССАРИЙ

Ажитация (франц. agitation возбуждение) – двигательное возбуждение с аффектом тревоги и страха.

Аутоагрессия (греч. autos сам + лат. aggressio приступ, нападение) – вид агрессивного поведения – агрессивные действия, направляемые субъектом на самого себя. Проявляется в самообвинениях, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений, суицидальном поведении.

Деонтология (от греч. deon, родительный падеж deontos – должное + греч. logos учение, наука) – учение о юридических, профессиональных и моральных обязанностях и правилах поведения медика, главным образом по отношению к больному. Термин введен Бентамом (1834) для обозначения теории нравственности в целом.

Депрессия (depressio; от лат. deprimo, depressum – понижать, подавлять, угнетать; син.: синдром депрессивный) – аффективное расстройство, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения.

Типичный депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: гипотимия, замедление в ассоциативном процессе, двигательная заторможенность. Кроме того, для клинической картины депрессивного синдрома характерны нарушения внимания, сна, аппетита, вегетативные расстройства.

В аффективном звене депрессивной триады выделяют три основных компонента: тоску, тревогу и апатию. Нарушение идеаторных и моторных компонентов депрессивной триады бывают представлены двумя вариантами расстройств: торможением и расторможенностью (Вертоградова О.П., Волошин В.М., 1983).

Влечения и волевая активность резко снижены. Характерны мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед жизненными трудностями сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Изменяется восприятие времени, которое течёт мучительно долго. В состоянии депрессии характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; это приводит к резкому падению продуктивности деятельности.

В тяжелых длительных состояниях депрессии возможны суицидальные попытки. При депрессиях часто наблюдаются суточные колебания: в ранние утренние часы больные испытывают состояние

безысходности, глубокую внутреннюю тоску и отчаяние. Именно в эти часы совершается много самоубийств.

Депрессия ажитированная (d. agitata; от лат. agito, agitatum – приводить в движение, возбуждать) – депрессия, сопровождающаяся двигательным возбуждением, иногда доходящим до неистовства.

Депрессия астеническая (d. asthenica; син.: синдром астенодистимический) – депрессия с преобладанием явлений психического и физического истощения.

Депрессия реактивная (d. reactiva; син.: депрессия психогенная) – депрессия, развивающаяся в результате психической травмы и отражающая в своём содержании травмирующую ситуацию.

Добровольный уход – термин, использующийся в субкультуре сотрудников спецслужб и медиков. Внешне добровольный уход может иметь все признаки суицида, но в отличие от последнего предпринимается не под влиянием аффекта, а является частью сценария жизни. В процессе профессиональной подготовки и последующей трудовой деятельности сотрудник заранее планирует акт суицида, который должен последовать в случае угрозы ареста или развития тяжёлого заболевания. Целью добровольного ухода является сохранение личного достоинства, избавление от страданий, пресечение возможной утечки служебной информации. Как правило, акт добровольного ухода тщательно подготовлен, а средствами суицида выступают короткоствольное огнестрельное оружие или сильнодействующий яд.

Кризис психологический (греч. crisis – внезапная перемена) – столкновение личности с непреодолимым препятствием на пути к достижению ее важнейших жизненных целей, ведущим к нарушению адаптации в социальной среде. На уровне феноменологии кризис определяется как острое эмоциональное состояние, характеризующееся психическим напряжением, тревогой, нарушением познавательной и поведенческой активности. Важнейшими структурными компонентами психологического кризиса являются:

1. Вызывающие события.
2. Фрустрированная потребность.
3. Дефицит необходимой для решения проблемы информации (представление о безвыходности ситуации).

Парасуицид – акт намеренного самоповреждения, не приведший к смерти.

Поственция (лат. post – после, в последующем + venire следовать) – процесс помощи семье и друзьям после суицида близкого человека. Термин был предложен Эдвином Шнейдманом (1971).

Пресуицид – период от возникновения суицидальных мыслей до попытки их реализации. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) и месяцами (хронический пресуицид).

Суицид (suicidium; лат. sui себя + caedo убивать) – умышленное лишение себя жизни, самоубийство.

Суицид завершённый – действия, направленные на лишение себя жизни, завершившиеся летальным исходом.

Суицид текущий – повторное покушение на свою жизнь и действия, направленные на это, после неудавшейся суицидальной попытки.

Суицидальная попытка – действие, предпринимаемое для совершения самоубийства.

Суицидальное поведение – любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Включает завершённое самоубийство, суицидальные попытки (покушения) и намерения (идеи). Эти формы обычно рассматриваются как стадии или же проявления одного феномена. Однако некоторые авторы относят завершённый и незавершённый суицид к различным, относительно самостоятельным явлениям, исходя, в частности, из того, что в ряде случаев покушения носят шантажный характер при отсутствии умысла на реальный уход из жизни. В отечественной психиатрии определение суицидального поведения дано А. Г. Амбрумовой (1978, 1980, 1982): «Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутреннее – антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние формы – суицидальная попытка, завершённый суицид».

Суицидальные мысли – мысли, связанные с навязчивой, сверхценной или бредовой идеей самоубийства и о способах его осуществления.

Суицидальные угрозы – человек высказывает свое стремление положить конец жизни, выражая его в форме более или менее продуманного плана, высказывания человека о малоценности и бессмысленности жизни. Сопровождаются интенсивными переживаниями.

Суицидент – лицо, предпринявшее суицидальную попытку.

Суицидология (лат. suicidium + греч. logos – учение, наука) – область медицины, изучающая закономерности формирования суицида, его распространенность, а также методы профилактики и коррекции суицидального поведения.

Суицидомания (suicidomania) – навязчивое влечение: упорное стремление к совершению самоубийства.

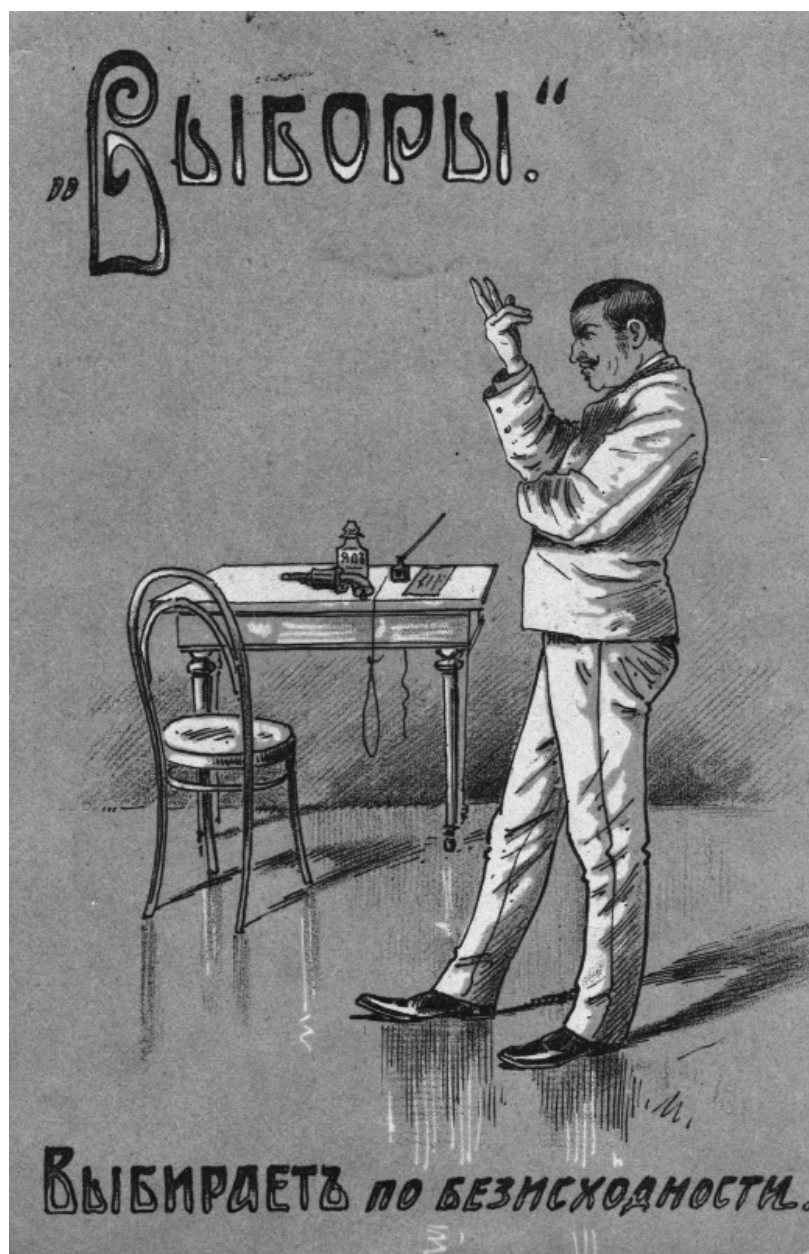
ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Отражение тематики суицида в художественной фотографии и графике



Руссо Жан Жак (Jean-Jacques Rousseau) (28.06.1712 – 02.07.1778)	Есенин Сергей Александрович (21.09(03.10).1895 – 28.12.1925)	Маяковский Владимир Владимирович (07(19).07.1893 – 14.04.1930)
Цветаева Марина Ивановна (26.09.(08.10)1892–31.08.1941)	Стефан Цвейг (Stefan Zweig) (28.11.1881–23.02.1942)	Фадеев Александр Александрович (11(24).12.1901 – 13.05.1956)
Хемингуэй Эрнест Миллер (Hemingway) (21.07.1899 – 02.07.1961)	Пастухов Павел Петрович (1922 – 12.12.1982)	Далида (Dalida, настоящее имя Иоланда Джильотти) (17.01.1933 – 03.03.1987)



Почтовая открытка (открытое письмо). Российская империя, 1880-е годы. Размер 142x91 мм.

На первом плане рисунка представлен хорошо одетый мужчина средних лет, энергично жестикулирующий и очевидно, выбирающий средства суицида. На заднем плане – венский стул, письменный стол, револьвер, флакон с этикеткой «Ядъ», верёвка с узлом образующим самозатягивающуюся петлю, чернильница, перо, предсмертная записка.

В верхней и нижней части почтовой карточки размещён поясняющий текст: «Выборы». Выбирает по безисходности.».

Примечание: написание соответствует правилам правописания, принятым до Реформы русской орфографии 1917–1918 годов.

Приложение 2

Последние слова и предсмертные записки

1. Тюремщик сказал Сократу, подавая ему чашу с ядом: «Старайся легко принять то, что неизбежно». Сократ ответил: «Нужно принести Асклепию жертву. Петуха» (Казнь Сократа в описании Платона. Сократ шутит, имея ввиду свое «излечение от болезни жизни» так как Асклепий – покровитель врачебного искусства).
2. «Как вам кажется, хорошо ли я сыграл комедию своей жизни?» (последние слова Октавиана Августа, 63 до н. э – 14 н. э., Римского императора).
3. «В твои руки, Господи, я вручаю мой дух» (последние слова Христофора Колумба (20 мая 1506)).
4. «Дарби Макгроу! Дарби, подай мне рому!» (последние слова капитана Дж. Флинта (17..)) (Р. Л. Стивенсон. Остров сокровищ).
5. «Оставляю... всё» (последние слова Петра I (28 января (8 февраля) 1725)).
6. Когда умирал прусский король Фридрих Вильгельм I (1688-1740), священник у его одра читал молитвы. На словах «нагим я пришел в этот мир и нагим уйду» Фридрих оттолкнул его рукой и воскликнул: «Не смейте хоронить меня нагим, не в парадной форме!». Король имел прозвище «фельдфебель на троне».
7. «Прости, народ православный, отпусти мне, в чём я согрубил перед тобой... прости, народ православный!». Последние слова Емельяна Ивановича Пугачёва, который стоя на эшафоте, крестился на соборы, кланялся на все стороны. Приговор был приведён в исполнение 10 (21) января 1775 года на Болотной площади. По рассказам современников (переданных, в частности в пушкинской «Истории Пугачёва»), палач имел тайное указание от Екатерины II сократить мучения осуждённых, и Е. И. Пугачёву и его сообщнику – Афанасию Петровичу Перфильеву сначала отсекали головы и лишь потом четвертовали. Через несколько минут отрубленная палачом голова была показана народу и оказалась на спице, остальные части тела – на колесе. Казнь А. П. Перфильева была последним официальным четвертованием в России.
8. «Прощайте навсегда, дети. Я иду к вашему отцу» (фраза, сказанная на эшафоте, Марией Антуанеттой, королевой Франции, женой Людовика XVI (16 октября 1793)). В 12 часов 15 минут королева

была обезглавлена на Площади Революции (в настоящее время – площадь Согласия).

9. «Мама!» (прошептали перед смертью Вацлав Нижинский, Анатоль Франс, Гарибальди, Байрон).
10. «О, слава Богу! Это пуля не солдатская! Теперь я совершенно счастлив!». Фраза, сказанная военным губернатором Санкт-Петербурга, Михаилом Андреевичем Милорадовичем. Герой Отечественной войны 1812 года, пользующийся большим авторитетом в армии, граф был смертельно ранен П. Г. Каховским во время декабрьского мятежа (14 декабря 1825 года). Раненый Милорадович был доставлен в госпиталь и, истекая кровью, боялся потерять сознание до того момента, пока хирург не вынет и не покажет ему пулю вошедшую в грудь под правым соском. Милорадович не хотел что бы пуля была выпущена из солдатского ружья – тем товарищем по оружию, который во время Зимней компании 1812 года вместе с ним преследовал арьергард отступающей наполеоновской армии. (Записано по семейным рассказам Анны Николаевны Генеропетомцевой, являющейся прямым потомком М. Б. Барклая-де Толли. Ленинград (1981)).
11. «Ich bin Tod» (нем. Я мёртв) (А. П. Чехов). Антон Павлович Чехов умер в ночь на 2 июля 1904 года в гостиничном номере в немецком курортном городке Баденвейлер. Немецкий врач решил, что смерть уже стоит у постели больного. По старой немецкой врачебной традиции, доктор, поставивший своему коллеге смертельный диагноз, угощает умирающего коллегу вином... Врач налил два бокала шампанского. Антон Павлович сказал: «Ich bin Tod» (нем. «Я мёртв») и выпил свой бокал до дна. Жена писателя, Ольга Леонардовна, напишет потом, что «страшную тишину» той ночи, когда умер Чехов, нарушала только «огромных размеров чёрная ночная бабочка, которая мучительно билась о горящие ночные лампочки и моталась по комнате».
12. «Ну что ж, если это неизбежно...» норвежский композитор, Эдвард Григ (1907).
13. «Пусть войска знают, что я им предан был, что я любил их и своею смертью среди них доказал это» – последние слова Генерального штаба генерал-лейтенанта Владимира Оскаровича Каппеля, умершего от двусторонней пневмонии, на разъезде Утай, около станции Тулун близ города Нижнеудинска (26 января 1920).

14. «Дорогая голубка моя. Спасибо за твою ласку и заботы. Я молюсь за тебя. Все предали. Одна твоя любовь не знает предательства. Грустно думать, что меня будут расстреливать русские солдаты. До свидания. Целую твои руки» (последняя записка адмирала Александра Васильевича Колчака, адресованная своей гражданской жене Анне Тимиревой) (Иркутск, 1920)).
15. «Разве Боги могут умереть. Они могут уйти, но умереть они не могут» (последняя запись в личном дневнике и последние слова барона Романа Федоровича Унгерна фон Штернберга, фактического диктатора Монголии в 1920-1921 годах, считавшего себя воплощением монгольского бога войны) (Расстрелян по приговору Сибирского ревтрибунала 15 сентября 1921. Барон был расстрелян в грудь, с целью сохранения головного мозга для анатомических исследований)).
16. «Кипит наш разум возмущённый и в смертный бой ид...» Блюмкин Яков Григорьевич – нелегальный резидент советской разведки на Ближнем Востоке. По возвращении в СССР в середине октября 1929 года был арестован. 3 ноября 1929 года Коллегия ОГПУ постановила расстрелять его «за повторную измену делу пролетарской революции и Советской власти и за измену революционной чекистской армии» Приговор был приведён в исполнение сразу после вынесения, во время расстрела пел Интернационал (3 ноября 1929, Москва).
17. «У меня выходов нету» (фраза Владимира Владимировича Маяковского за несколько часов до самоубийства). (14 апреля 1930, Москва)). Предсмертное письмо, написанное за двое суток до суицида (12 апреля 1930), внятное и подробное (что, по мнению исследователей, исключает версию о спонтанности выстрела): «Всем. В том, что умираю, не вините никого и, пожалуйста, не сплетничайте. Покойник этого ужасно не любил. Мама, сестры и товарищи, простите это не способ (другим не советую), но у меня выходов нет. Лиля – люби меня. Моя семья это Лиля Брик, мама, сестры и Вероника Витольдовна Полонская... Любовная лодка \ разбилась о быт. \ Я с жизнью в расчете \ И не к чему перечень \ Взаимных \ бед \ И обид. Счастливо оставаться. \ Владимир \ Маяковский. 12.IV.30 г.».
18. «Приготовьте мой костюм лебедя!» (фраза балерины Анны Матвеевны Павловой, умирающей от пневмонии в Гааге (Нидерланды). Балерина имела ввиду хореографическую миниатюру «Лебедь»

(позже «Умиравший лебедь»), поставленную для неё М. Фокиным, впервые исполненную в 1907 г. на благотворительном вечере в Мариинском театре и впоследствии ставшей одним из символов русского балета XX века) (23 января 1931)).

19. На Невском пяточке шли ожесточенные бои, которые продолжались до 29 апреля 1942 года, когда, советские войска не смогли удержать плацдарм. На той стороне Невы остались наши солдаты, отрезанные рекой. Последнее что можно было разглядеть в бинокль через реку – растянутый маскировочный халат, на котором было написано: «Помогите». Есть там ещё так называемый «ручей смерти», до сих пор весной позвякивает – стрелянные гильзы вымывает. (Авенир Алексеевич Еврейнов, капитан второго ранга ВМФ СССР. Из рассказа об обороне Ленинграда).
20. «Извини меня за беспокойство, которое я вам причинил тем, что до конца шёл по избранному пути. Но я не отказываюсь от своих дел и в последние часы моей жизни. Своему расстрелу я иду смело навстречу, так как я умираю за хорошее дело» (из последнего письма жене немецкого и советского солдата, партизана Великой Отечественной войны, Героя Советского Союза – Фрица Ганса Вернера Шмёнкеля (нем. Fritz Hans Werner Schmenkel) расстрелянного в Минске 22 февраля 1944).
21. «Вот, не увижу, как Россия спасется» Последние слова генерала Антона Ивановича Деникина, обращенные к супруге Ксении Васильевне. Деникин умер в эмиграции, 7 августа 1947 году, на 75-м году жизни от повторного сердечного приступа в госпитале Мичиганского университета (г. Анн Арбор).
22. Последние слова Эйнштейна остались неизвестны, потому что сиделка не знала немецкого языка. Умер 18 апреля 1955, Принстон, США.
23. «Все-таки мне очень плохо!» (слова умирающей Анны Андреевны Ахматовой после инъекции камфары (1966)).
24. «Игорь Ильич, прощай. Помоги Пете добиться справедливости. Павел» (предсмертная записка Павла Петровича Пастухова (1982)).
25. His future remained in the past – Его будущее осталось в прошлом (Эпитафия на могиле танцовщика Большого театра, Александра Борисовича Годунова. США, 1995).
26. «Мама, только не пугайся. Меня съел медведь» (записка, оставленная в палатке геологом Людмилой (9 ноября 1995)).

27. «Я умираю. Прощай.
– Не бойся.
– Я не боюсь» (последние слова Игоря Ильича Хованского (5 мая 1998, 12 часов 30 минут)).
28. «Вот унесли Дональда с простреленным сердцем и положили на столик рядом с бокалом его пистолет и посмертную записку: «Приходя не радуйся, уходя не грусти. Пистолет отдайте Ворони-ну. Когда-нибудь пригодиться»» (Стругацкие Аркадий и Борис. «Град обречённый» (1972)).
29. 12.08.2000 года. 15.15. Здесь темно писать, но на ощупь попробую. Шансов похоже нет, – % 10-20. Будем надеяться, что хоть кто-нибудь прочитает. Здесь список л/с отсеков, которые находятся в 9-м и 8 удуш... Всем привет, отчаиваться не надо. Колесников (фрагмент записки капитана Колесникова, найденный на потерпевшей аварию 12 августа 2000 года в 11 час. 28 мин. в Баренцевом море АПЛ «Курск». Лодка затонула на глубине 110-112 метров, все 118 членов экипажа погибли).
30. «И отряд не заметит потери бойца» (С. Ю. Д. (сентябрь 2002)).
31. «Света, мне что-то нехорошо...». Юрий Александрович Сенкевич (2003).
32. «Мавр сделал свое дело – мавр может уходить» (М. Н. О., (февраль 2004)).
33. «Надо уходить вовремя. И уходить надо не хромая» (О. М. Н., в возрасте 75 лет (26 мая 2004)).
34. «Тебе удобно?
– Да.
– Всё нормально?
– Нормально» (последние слова Галины Павловны Хованской (11 февраля 2006, 22 часа 10 минут)).
35. «С тобой было хорошо. Я люблю тебя» (последние слова Алекса, серого попугая (Жако), который был способен различать и определять цвета. У Алекса были дружеские отношения с девушкой по имени Ирина Пепперберг. Когда Алекс умирал, его последние слова были обращены к И. Пепперберг (2007)).
36. «– Я не вернусь. Берегите себя» (О. А. Ж. (8 июня 2010)).
37. «– Мне сейчас очень плохо. Всё, пока» (слова телефонного разговора с женой, произошедшего в служебном кабинете № 535 здания Генеральной прокуратуры РФ, за минуту до того, как начальник Главного управления по надзору за исполнением законов

о федеральной безопасности, межнациональных отношениях и противодействии экстремизму – генерал-лейтенант юстиции Вячеслав Викторович Сизов выстрелил себе в голову из табельного пистолета Макарова (5 июля 2011)).

38. «Крестов-то, крестов...

– Здравствуй, дядя!

– Здравствуй» (последние слова Олега Игоревича Хованского, пришедшего прощаться перед отъездом на постоянное место жительства в г. Чехов Московской области (11 июня 2014, 12 часов 10 минут)).

Приложение 3

Планы семинарских занятий

Семинарское занятие 1. Суицид в философии, истории, культуре

Темы сообщений:

1. Суицид как философская проблема.
2. Исторические аспекты суицида.
3. Суицид через призму религиозных представлений.
4. Культура и самоубийство.
5. Ритуальные самоубийства.

Семинарское занятие 2. Общая характеристика суицида

Темы сообщений:

1. Общая характеристика суицида.
2. Теории суицидального поведения.
3. Этапы развития суицидального поведения.
4. Классификация и причины суицида.
5. Эпидемиология суицидального поведения.
6. Правовые и деонтологические аспекты суицида.
7. Социальные факторы в совершении самоубийств.
8. Генетические, биохимические и патопсихологические аспекты суицида.

Семинарское занятие 3. Частные аспекты суицида

Темы сообщений:

1. Детский и подростковый суициды.
2. Психические расстройства как причина самоубийства.
3. Ложные представления о суициде.

Семинарское занятие 4. Суицид: профилактика, диагностика, лечение

Темы сообщений:

1. Требования к специалисту, работающему с суицидентами.
2. Признаки суицидальных намерений.
3. Оценка риска суицида.
4. Факторы повышенного риска самоубийства.
5. Предотвращение самоубийства.
6. Поственция (психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы).

Темы рефератов

1. Генетические, биохимические и патопсихологические аспекты суицида.
2. Детский и подростковый суициды.
3. Исторические аспекты суицида.
4. Классификация и причины суицида.
5. Культура и самоубийство.
6. Оценка риска суицида.
7. Правовые и моральные аспекты суицида.
8. Предотвращение самоубийства.
9. Признаки суицидальных намерений.
10. Психические расстройства как причина самоубийства.
11. Психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы.
12. Ритуальные самоубийства.
13. Социальные факторы в совершении самоубийств.
14. Суицид как философская проблема.
15. Факторы повышенного риска самоубийства.
16. Философские аспекты самоубийств.
17. Эпидемиология суицидального поведения.
18. Этапы развития суицидального поведения.

Приложение 5

Художественные фильмы, рекомендованные к просмотру в процессе освоения учебного курса «Суицидология»

Вторая мировая война (1 сентября 1939 – 2 сентября 1945)

«А зори здесь тихие» – двухсерийный художественный фильм. Снят по одноимённой повести Б. Л. Васильева, режиссёром С. И. Ростоцким. Производство Центральной киностудии детских и юношеских фильмов имени М. Горького (СССР). Длительность фильма – 188 минут, год выпуска – 1972.

Основные события фильма происходят в 1942 году во время Великой Отечественной войны, в Карелии.

Сцены, рекомендуемые к обсуждению:

1 серия («Во втором эшелоне») – 20-27 минута (боевая тревога, Рита Осянина сбивает самолёт), 51-54 минута (Женя Комелькова поёт романс);

2 серия («Бой местного значения») – 66-69 минута (последний бой Жени Комельковой), 77-80 минута (последний бой старшины Федота Евграфовича Васькова).

«Семнадцать мгновений весны» – многосерийный художественный телефильм. Снят по одноимённому роману Ю. С. Семёнова. Режиссёр – Т. М. Лиознова, производство Центральной киностудии детских и юношеских фильмов имени М. Горького (СССР) на экранах с 1973 г. Количество серий – 12, длительность серии 61-75 минут.

Действие фильма разворачивается с 12 февраля по 24 марта 1945 года, незадолго до капитуляции Германии во Второй мировой войне. Герой фильма, штабс-капитан Макс Отто фон Штирлиц (советский разведчик, внедрённый в центральный аппарат СД), получает задание выяснить, кто из высших руководителей III Рейха ведёт секретные переговоры о перемирии с США и Великобританией.

«Они сражались за Родину» – фильм С. Ф. Бондарчука по одноимённому роману М. А. Шолохова. Лучший фильм по опросу журнала «Советский экран» в 1976 году. Длительность фильма – 152 минуты.

Действие фильма относится к июлю 1942 года. На подступах к Сталинграду обескровленные, измотанные советские войска, неся большие потери, ведут тяжёлые оборонительные бои с немецко-фашистскими войсками.

«Охота на единорога» – художественный фильм, снятый по повести В. Б. Туболева «Чужое небо». Режиссер – В. К. Лаптев. Длительность фильма – 79 минут, год выпуска – 1989.

Действие фильма относится к началу войны. Выпускник лётного училища Тесленко летит ведомым у командира эскадрильи Грабаря. Их сбивают, и Тесленко оказывается в лагере при немецком аэродроме, где советские летчики с ограниченным запасом горючего служат живыми мишенями для немецких курсантов лётной школы. Однако Тесленко удалось совершить побег. Добравшись до расположения советских войск, он был арестован и осужден по статье 58 / 1А УК РСФСР.

Сцены, рекомендуемые к обсуждению:

32-36 минута (Тесленко: достойное поведение в немецком плену),

68-74 минута (Тесленко: арест и лагерь по возвращении на Родину).

«Брестская крепость» – художественный фильм. Режиссёр – А. К. Котт. Длительность фильма – 140 минут, год выпуска – 2010, производство – Россия, Белоруссия.

Действие фильма проходит в июне-июле 1941 года. Освещаются события связанные с началом Великой Отечественной войны и обороной Брестской крепости.

Сцена, рекомендуемая к обсуждению: 82-85 минута (сцена в магазине).

Афганская война (1979–1989)

«9 рота» – российский художественный фильм 2005 года. В международном прокате фильм назывался «The 9th Company». Фильм снимался с 25 мая по 12 октября 2004 года в Крыму, Узбекистане и Москве. Выпущен в кинопрокат 29 сентября 2005 года. Длительность фильма – 126 минут.

Фильм рассказывает о судьбе небольшой группы новобранцев, призванных на срочную службу в Вооружённые силы СССР в конце 1980-х годов, направленной, после нескольких месяцев в «учебке», в Афганистан. Описываются события, произошедшие в начале 1988 года, во время операции «Магистраль», когда десантники 9-й роты 345-го отдельного парашютно-десантного полка приняли бой у высоты 3234.

Экстремальные ситуации в профессиях, связанных с риском

«Шпион» – российский художественный фильм, экранизация книги Б. Акунина «Шпионский роман». Режиссер: Алексей Андрианов. Дата выхода в прокат в России: 5 апреля 2012 года. Длительность фильма 99 мин.

Действие фильма происходит весной 1941 года, в то время, когда фашистская Германия готовится к нападению на Советский Союз. В центре Москвы разворачивается напряженное противоборство двух сильнейших разведок. Тайной целью Гитлера является дезинформация Сталина о планах вторжения Германии в Советский Союз.

Сцена, рекомендуемая к обсуждению: 47–51 минута (задержание на Всесоюзной сельскохозяйственной выставке (ВСХВ). «Разумный уход» агента Abwehr).

Приложение 6

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Дайте определение термину «ажитация».
2. Дайте определение термину «аутоагрессия».
3. Дайте определение депрессивному синдрому.
4. Чем характеризуется депрессивная триада?
5. «При депрессиях часто наблюдаются суточные колебания: больные испытывают состояние безысходности, глубокую внутреннюю тоску и отчаяние. Именно в эти часы совершается много самоубийств». О каком времени суток идёт речь?
6. Дайте характеристику ажитированной депрессии.
7. Дайте характеристику астенической депрессии.
8. Дайте характеристику реактивной депрессии.
9. Как переводится с греческого термин «crisis»?
10. Дайте определение понятию «психологический кризис».
11. Назовите важнейшие структурные компоненты психологического кризиса.
12. Как переводится латинский термин «suicidium»?
13. Дайте определение понятию «суицидальная попытка».
14. Дайте определение понятию: суицидальные мысли.
15. Область медицины, изучающая закономерности формирования суицида, его распространенность, а также методы профилактики и коррекции суицидального поведения носит название ... (вставьте пропущенное слово).
16. Дайте определение понятию «суицидомания».
17. Культура каких азиатских стран разрешает ритуальные самоубийства?
18. В какой исторический период в европейской культуре допускался добровольный уход из жизни?
19. Какое было отношение к самоубийству в средневековой Европе?
20. Почему христианское богословие осуждает самоубийство?
21. В какое время года совершается большее число самоубийств?
22. Какое соотношение между мужчинами и женщинами при суицидальных попытках?
23. Какое соотношение между мужчинами и женщинами при совершённых самоубийствах?
24. Что было определено И. П. Павловым в качестве патофизиологической основы суицида?

25. Сколько типов суицида выделяет Durkheim?
26. Проявлением какого инстинкта объяснял суицидальные попытки З. Фрейд?
27. Какие три составляющие должны содержаться в попытке суицида, по мнению Menninger?
28. Какие четыре основные причины суицида выделяет D. Seyer?
29. Какие восемь групп повышенного риска самоубийства выделяет современный канадский специалист по суицидальному поведению Boldt?

Приложение 7

Ответы на вопросы для самостоятельной подготовки

1. Двигательное возбуждение с аффектом тревоги и страха.
2. Вид агрессивного поведения – агрессивные действия, направляемые субъектом на самого себя. Проявляется в самообвинениях, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений, суицидальном поведении.
3. Аффективное расстройство, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения.
4. Гипотимия, замедление в ассоциативном процессе, двигательная заторможенность.
5. Раннее утро.
6. Депрессия сопровождающаяся двигательным возбуждением, иногда доходящим до неистовства.
7. Депрессия, с преобладанием явлений психического и физического истощения.
8. Депрессия, развивающаяся в результате психической травмы и отражающая в своём содержании травмирующую ситуацию.
9. Внезапная перемена.
10. Столкновение личности с непреодолимым препятствием на пути к достижению ее важнейших жизненных целей, ведущим к нарушению адаптации в социальной среде. На уровне феноменологии кризис определяется как острое эмоциональное состояние, характеризующееся психическим напряжением, тревогой, нарушением познавательной и поведенческой активности.
11. Вызывающие события; фрустрированная потребность; дефицит необходимой для решения проблемы информации (представление о безвыходности ситуации).
12. Самоубийство.
13. Действие, предпринимаемое для совершения самоубийства.
14. Мысли, связанные с навязчивой, сверхценной или бредовой идеей самоубийства и о способах его осуществления.
15. Суицидология.
16. Навязчивое влечение: упорное стремление к совершению самоубийства.
17. Япония, Индия.
18. Период античности.

19. Однозначное – резко отрицательное.
20. Согласно религиозным представлениям, жизнь дается человеку Богом, и, совершая самоубийство, человек оскорбляет Бога, отвергая его дар. Нужно прожить жизнь до конца, потому что в противовес античной философии жизнь хороша не удовольствиями, а страданиями, претерпеваемыми ради искупления грехов и будущей вечной жизни.
21. В весеннее время.
22. 1:2.
23. 4:1.
24. Торможение или угасание одного из ведущих для человека рефлексов – рефлекса цели, что сопровождается потерей интереса к жизни, утратой ее ценности и смысла.
25. 4.
26. Танатос или «инстинкт смерти»
27. Умереть; убить; быть убитым.
28. Изоляция, беспомощность, безнадежность, чувство собственной незначимости.
29. Молодой возраст; предыдущие попытки совершить самоубийство; наличие психического заболевания; злоупотребление алкоголем или наркотиками; семейные драмы и трагедии: смерть, развод, серьезные конфликты; наличие тяжелых хронических неизлечимых заболеваний; значительные изменения в жизни: выход на пенсию, потеря работы, синдром «пустого гнезда» (когда дети начинают жить самостоятельной жизнью и покидают семью); аборигенное население и метисы.

Ситуационные задачи¹

Задача № 1

Военнослужащий Ивлин, совершивший суицид. Воспитывался в семье без отца, состоящей из одних женщин. В раннем детстве наблюдалось отставание в физическом развитии, были проблемы с друзьями. Женился в 18 лет, первый брак распался рано. В школе учился слабо, в аттестате оценки удовлетворительные. Службу проходил во внутренних войсках с 1977 по 1985 год, где позднее остался на контрактной основе в звании прапорщика. По месту службы характеризовался положительно. По увольнении из армии часто менял места работы: был трактористом, электромонтером, уборщиком. В 1987 году женился, в браке имел двух детей, но отношения в семье не складывались, происходили постоянные ссоры. В 1995 году супруги развелись, но через 2 года снова поженились. Одним из поводов для ссор было отсутствие жилья. Длительное время семья проживала в общежитии. В ноябре 1996 года Ивлин был принят в военную часть кинологом (прим. авторов: кинолог (от греч. куон – собака) – специалист по обучению и тренировке служебно-розыскных собак). Сослуживцы отзывались о нем как о квалифицированном специалисте, человеке общительном, добросовестном, дорожившем своей работой. Со слов коллег – «собаки в нем души не чаяли». Алкоголь употреблял эпизодически.

С 1997 года на фоне финансовых и бытовых трудностей, когда жена не работала, а у самого Ивлины были длительные задержки зарплаты, вновь участились ссоры с женой. В этот период у Ивлины появилась другая женщина, он часто не ночевал дома, что приводило к новым скандалам. Супруга шантажировала его разлукой с детьми, требовала выплаты большой суммы денег. Со слов окружающих, Ивлин стал замкнутым, раздражительным, участились случаи употребления алкоголя. Окружающие дали информацию, что в пресуицидальной фазе поведение его изменилось. В апреле 1997 года Ивлин получил дисциплинарное взыскание за халатное отношение к работе. В это же время уволились его коллеги по службе, с которыми у него были дружеские отношения. 2 июня 1998 года в 17 часов, находясь в нетрезвом состоянии, инициировал ссору с соседкой, с которой давно был в неприяз-

¹ Все описанные выше случаи являются реально произошедшими событиями, в целях конфиденциальности фамилии и имена фигурантов изменены.

ненных отношениях. Соседка оскорбила его, заявляя, что из-за скверного характера его даже жена бросила. Угрожая расправой, Ивлин выбил ногой входную дверь, после чего соседи вызвали милицию, которая доставила его в дежурную часть. Родственники и сотрудники милиции сказали ему, что за такие действия полагается возбуждение уголовного дела и последующее лишение свободы на длительный срок, а в лучшем случае увольнение с работы. Вечером того же дня Ивлину доставили в специальной машине к месту работы и оставили его в ней одного. А в 21.00 его нашли в салоне автомобиля повесившимся на капроновом шнурке собственного ботинка.

В процессе проведения следственных мероприятий установлено, что в марте 1998 года состав войсковой части был обследован психологами для выявления социальной дезадаптации. В заключении о проведенном обследовании у Ивлины указан низкий уровень интеллекта.

Вопросы:

1. Причины совершения суицида.
2. Пусковой механизм суицида.
3. Сфера приложения профессиональных способностей.
4. Определите вид депрессии.

Обоснуйте Ваши ответы.

Задача № 2

Гражданка Веткина, 34 лет. Воспитывалась в неполной семье, состоящей из мамы и бабушки. В детстве была активным ребенком, посещала различные кружки и секции, интересы менялись, в связи с этим постоянно меняла кружки. В школе училась хорошо, со слов родственников была неусидчивой. В подростковом возрасте прогуливала уроки, посещала дискотеки, злоупотребляла алкоголем. В нетрезвом состоянии неоднократно устраивала «скандалы» родственникам. После окончания школы поступила в университет, через 3 месяца бросила обучение. В том же году в 18 лет вышла замуж за человека с уголовным прошлым (отбывал срок за изнасилование). В течение 2 лет замужества пробовала обучаться в 2 учебных заведениях – безрезультатно – самостоятельно бросала обучение. Муж неоднократно избивал и насиловал её. Вместе с ним начала употреблять наркотики. В последующем попала в места лишения свободы сроком на срок 3 года с отбыванием срока наказания в колонии строгого режима. Освободившись, устроилась на работу, проработала несколько месяцев продавцом, уволилась, сказав родственникам, «что директор её оскорбляет

и унижает». В скором времени нашла работу на производстве, в качестве технолога по розливу и упаковыванию косметических средств. Зарекомендовала себя как ответственный сотрудник. Через 6 месяцев в возрасте 27 лет повторно вышла замуж, забеременела, перестала ходить на работу, родственникам объясняла, что не может работать по состоянию здоровья – плохо себя чувствует.

В последующем выяснилось, что в период беременности употребляла наркотические вещества. Ребёнок умер в возрасте 3 месяцев. Гражданка Веткина повторно привлекалась к уголовной ответственности и приговорена к 3 годам лишения свободы с отбыванием срока наказания в колонии общего режима. Со слов родственников, в колонии получила среднее специальное образование – специалист по ремонту швейных машин. За примерное поведение была освобождена досрочно. Переехала в другой город устроилась на работу, в течение 3 лет добилась карьерного роста (из статуса поставщика перешла в статус финансового директора). На работе зарекомендовала себя как грамотный руководитель, финансовых недостатков не обнаруживалось. Со слов сослуживцев была открытым добрым человеком, всегда готовым прийти на помощь. За время работы окончила (экстерном) торговый техникум, поступила в торговый вуз, успешно отучилась 1,5 года.

Со слов подруги: поздравила с 8 марта, на что гр. Веткина отправила SMS: «... а ты пожелай мне море красивых венков и сто лучших подруг». Со слов другой подруги, незадолго до нового года гр. Веткина прислала SMS, что она умерла и пригласила её на поминки. Подруга перезвонила, Веткина смеялась и говорила: «Что, здорово пошутила?».

Со слов родственников, когда у Веткиной была материальная возможность, она всегда дарила дорогие подарки. За последние 3 года отношения с родственниками улучшились и были очень доброжелательными, конфликты отсутствовали. Наркотики не употребляла, но постоянно употребляла в больших количествах алкоголь. Несколько раз говорила о том, где её похоронить. После Нового года матери прислала двусмысленное SMS: «Не могу тебе об этом говорить, поэтому пишу. Тебе станет горько и обидно, но дело в том, что Деда Мороза не существует».

19 марта была обнаружена мертвой в своей квартире. Со слов оперативно-следственной группы: в локтевом сгибе левой руки у трупа был след от инъекции (Веткина была правой). В квартире найдено 3 использованных шприца емкостью 2 мл, начатая бутылка коньяка. Деньги были разбросаны по квартире, золотые украшения

были на умершей. Молодой человек, который находился с гр. Веткиной, сообщил: что она позвонила ему вечером и сказала, что ей скучно, попросив привести дозу героина. Укололись вместе, после чего он был в ванной (сколько времени не знает), когда он оттуда вышел, то увидел, что гр. Веткина упала, он попытался ей сделать искусственное дыхание (безрезультатно), позвал на помощь соседа, который вызвал скорую помощь.

В последующем обнаружилось, что гр. Веткина за 4 дня до смерти получила на одном из предприятий крупную сумму денег. Но денежные знаки при осмотре не обнаружены.

При осмотре трупа: в паховой области слева множественные следы от инъекций, выражение мимики лица – удивление. Судебно-медицинское исследование трупа и биохимические анализы крови показали, что смерть наступила в результате передозировки опиатов.

Вопросы:

1. По Вашему мнению, смерть была связана с отравлением наркотическим веществом (самостоятельное неумышленное причинение вреда) или был совершен суицид.
2. Если по Вашему мнению смерть явилась завершённым суицидом объясните причины и назовите факторы приведшие к самоубийству.
3. Если по Вашему мнению смерть была связана с отравлением наркотическим веществом (самостоятельное неумышленное причинение вреда), то объясните причины, которые привели к возобновлению употребления наркотического вещества.

Задача № 3

Анна Б., 23 года, покончила жизнь самоубийством, выпив 150 мл 80 % уксусной кислоты.

Девушка воспитывалась в неполной семье, мамой и старшей сестрой. Папа оставил семью, когда девочке было 5 лет.

В школе училась на хорошо и отлично. Отличалась спокойным характером, свободное время предпочитала проводить в одиночестве или с сестрой. В семье с мамой и сестрой были теплые, дружеские и близкие отношения. О своих проблемах окружающим не рассказывала, предпочитала больше слушать других.

После окончания школы поступила в университет. В 20 лет познакомилась с молодым человеком, на 5 лет старше её. Со слов старшей сестры: «Они встречались на протяжении 3 лет. Складывалось все хорошо. Анна начала подумывать о свадьбе, это было её мечтой на тот

момент, но со стороны молодого человека не исходило инициативы. Более того, Анна заметила, что в последнее время он начал отдаляться от нее и их отношения уже не складывались так хорошо. Анюта решила поговорить с любимым человеком, почему он изменил к ней свое отношение. Молодой человек признался, что встретил другую и им нужно расстаться. Произошла ссора, Ане не хотелось верить словам парня. На следующий день она увидела его гуляющего с другой девушкой».

В тот день у Анны никого не оказалось дома. Со слов мамы «Поговорить ей было не с кем. Она пришла домой отыскивала уксусную эссенцию, налила в стакан и выпила её».

Когда мама пришла с работы и увидела в квартире следы многократной рвоты, а дочь в тяжелом состоянии, то сразу вызвала скорую помощь. Было проведено промывание желудка, женщину доставили в дежурный стационар. Назначена симптоматическая терапия, начато лечение ожогов ЖКТ. Как осложнение в соответствии с классической симптоматикой ожога развился экзотоксический ожоговый шок, закончившийся летальным исходом.

Вопросы:

1. По Вашему мнению, было возможным предотвратить данное самоубийство?
2. Если «да», разработайте план оказания помощи в пресуицидальной фазе.
3. Объясните признаки суицидальных намерений, проявлявшихся у Анны Б.

Задача № 4

На приеме у психолога: Юлия Михайловна, 51 год, домохозяйка. Объективно: отмечают бледность лица; заторможенность; сниженный фон настроения; на лице выражение тоски, подавленности.

Жалобы: сниженное настроение; депрессивное состояние; страхи; нежелание жить: «У меня такое чувство, что все лишено смысла, все пустое. Я полностью выгорела».

Из беседы выяснилось, что пациентка дважды пыталась покончить с собой. На вопрос психолога: «Вы думаете о самоубийстве», Юлия Михайловна ответила «Да именно так. Хуже уже быть не может. В крайнем случае – лучше».

При дальнейшем опросе выяснилось: у женщины трое детей, которых она воспитывала одна, муж умер 20 лет назад. Ради детей она отказалась от второго брака. Со временем все трое покинули родительский

дом и обосновались со своими семьями на новых местах. А пациентка с этого момента «потеряла» свою жизненную задачу – «своих детей» – и не смогла найти этому полноценную замену. В этой ситуации пациентка почувствовала себя ненужной, свою жизнь сочла бессмысленной, а мир – несправедливым. Женщина воспринимала жизнь через единство семьи. Только при этом условии она получала утверждение своего Я, которое она ставила так же высоко, как и социальную активность и широкие интересы

Вопросы:

1. Определите, к каким теориям суицида подходит данный пример.
2. В связи с жалобами и теоретическими представлениями разработайте методы интервенции.

Задача № 5

Ольга П., 25 лет. История жизни: желая жить наполненной яркими красками жизнью, Оля уже с 13 лет начала курить, алкоголизироваться и чуть позже попробовала гашиш, а также в последующем стала употреблять опиаты (морфина гидрохлорид, героин). Ей казалось, что именно эти «стимуляторы» могут дать ощущение полноты жизни.

Светлана подруга Ольги. «Оля росла в семье, где еще с детства столкнулась с проблемой злоупотребления алкогольными напитками – её отец был алкоголиком. В связи с этим отношения в семье были неблагополучными. Но мама всеми силами пыталась «поставить дочь на ноги». В школе она училась хорошо, и после её окончания поступила в институт. Оле хотелось проводить интересно время, и её жизнь была наполнена, как ей казалось, яркими красками. Она регулярно употребляла различные наркотические препараты, впоследствии без них она уже не могла обходиться. Оля всегда была несколько импульсивной, неосмотрительной – она могла пойти в кафе с незнакомыми парнями, как правило, это заканчивалось плачевно. Один раз после случайного знакомства она пошла с парнями в ресторан, там её избили, сорвали золотые сережки, отняли деньги. Вечер закончился в медицинском вытрезвителе. Утром ее забрала мама, так как Оля на тот момент она была несовершеннолетней». В дальнейшем Светлана не желала общаться с подругой.

Алина, бывшая одноклассница: «Внешне Оля не была похожа на зависимого или нуждающегося в помощи человека, но внутри уже была опустошена и не видела никакого смысла в существовании. В 22 года Ольга разочаровалась в жизни, впала в глубокую депрессию, и её стали посещать мысли о самоубийстве.

После очередной сессии мы решили устроить праздник: придумали различные задания и устроили конкурсы на тему «характеристика одnogруппника». Так вот, Миша придумал для Оли характеристику, которую я помню до сих пор: «Ходит птичка певчая по тропинке бедствий не предвидя от, того никаких последствий».

Мама: «В тот тяжелый период жизни рядом с Олей был любимый человек, который так же, как и она, нуждался в помощи. Он был зависим от героина, и все попытки лечения оказывались безуспешными. Естественно, он не мог помочь Оленьке решить её проблемы. К тому же Оле казалось, что никто уже не в силах ей помочь».

Со слов опрашиваемых: «Если внешне Олю трудно было заподозрить в том, что ей «ужасно плохо», то состояние ее друга «сигналило» о необходимости срочной помощи. После преднамеренной передозировки наркотиками Ольга очнулась в больнице, как выяснилось позже, вовремя вызвали скорую помощь».

«После длительного лечения Олю выписали, и она приняла предложение мамы пожить у нее. Молодой человек, которого любила Ольга, умер через месяц после ее госпитализации от передозировки опиатов. По словам матери, Оля отнеслась к этому известию очень спокойно, только после этого стала замкнутой и необщительной. На следующий день после выписки из стационара, когда мама ушла на работу, Оля выпрыгнула из окна 9 этажа».

Вопросы:

1. Определите личностный стиль суицидента.
2. Установите типологию индивида по Э. Шнейдману, приведите доказательства Вашего выбора.

Задача № 6

Труп сотрудника управления по борьбе с организованной преступностью при областном УВД, сержанта Горина, 4 июня в 6 часов 20 минут был обнаружен в служебном автомобиле, стоящем на обочине дороги. По данному факту была проведена служебная проверка, в ходе которой были выявлены следующие факты: Горин родился в 1970 году. Рос и воспитывался в благополучной семье, учился хорошо. Затем поступил в текстильный институт на факультет прядения. По окончании первого курса проходил службу в рядах Советской Армии. Демобилизовался в звании сержанта. Восстановился в вуз и, проучившись 2 года, окончил 3-й курс того же института. В 1995 году женился, бросил институт и переехал на ПМЖ в деревню. Устроился оперуполномоченным.

Со слов сослуживцев, был открытым, общительным, надежным человеком. По некоторым документам: дисциплинирован, исполнительен, «душой болеет» за введенный ему участок. В августе 1999 года переводится на должность старшего оперуполномоченного при областном УВД, куда давно стремился по примеру своего брата. Работал, не считаясь с личным временем, перегружая себя. Отношения с товарищами складывались хорошие, планировал поступить в вуз на юридический факультет. За 2 недели до гибели отделу Горина было поручено расследование деяний банды, действующей на территории области. Приходилось работать по выходным, выезжать в командировки, зачастую за свой счет. **Начальник УВД**, встречавший в эти дни Горина, описывает его поведение следующим образом: издерганный, глаза потухшие. В УВД некоторое время были задержки зарплаты. В то время это был единственный источник дохода для семьи Гориных, так как жена работала на ткацкой фабрике и уже около двух лет не получала зарплату. Жена Горина страдала бесплодием, и из-за невозможности иметь детей в семье участились размолвки. Во время ссор поднималась тема развода.

По словам сослуживцев. За несколько дней до трагедии Горин был озабочен поисками денег на лечение жены. Несмотря на все это, он оставался отзывчивым, добродушным, не высказывал мыслей о смерти, строил планы на будущее, говоря при этом лишь о том, что устал. 3 июня в 23 ч. Горин возвращался на служебной машине после работы домой. Не справившись с управлением, выехал на встречную полосу движения. Столкнувшись с металлической стойкой дорожного знака, повредил машину. После этого он пошёл к другу и сообщил, что разбил машину, что теперь на работе будут неприятности. Попросил друга вытащить машину из кювета.

Друг впоследствии так описывает его состояние: «нервный, подавленный, таким я его еще никогда не видел». Не сумев завести машину, Горин отправил друга за помощью, а сам остался в машине. В последующем друг и прибывший на помощь участковый милиционер нашли Горина в салоне патрульного автомобиля с проникающим пулевым ранением головы. Рядом лежало табельное оружие (пистолет Н. Ф. Макарова (ПМ), калибр 9 мм) и предсмертная записка к жене: «Это я сам. Лена, прости, я вас всех люблю. Я дурак, простите. Коля».

Вопросы:

1. Причины самоубийства.
2. Пусковой механизм суицида.

Ответы на ситуационные задачи

Задача № 1

Ответы на вопросы:

1. Основная причиной является социально-психологическая дезадаптация, проявляющаяся в виде непонимания окружающими; проблем на работе; финансовых затруднений. Второстепенная: семейно-бытовые трудности.
2. Пусковым механизмом к самоубийству явился психоэмоциональный срыв на фоне длительных конфликтов в семье, ухудшение служебного статуса.
3. Ивлин имел узкую сферу приложения профессиональных способностей, и угроза потери этой сферы привела его к самоубийству.
4. Депрессия ажитированная, сопровождающаяся двигательным возбуждением, иногда доходящим до неистовства. В форме доказательства – ссора с соседкой.

Задача № 2

Ответы на вопросы:

1. Из истории жизни гр. Веткиной видно, что существуют данные двоякого характера.
2. Алкоголизация и наркотизация являлись почвой для возникновения суицидальной ситуации и предпосылкой для быстрой ее реализации. Причиной самоубийства, по D. Seyer (1979), в данном примере может являться: изоляция, беспомощность, чувство собственной незначимости, стыд за себя.
3. По мнению Э. Дюркгейма, причиной, приводящей к суицидальному поведению (употребление наркотического вещества), может быть не только кризисная ситуация, как нарушение взаимосвязи личности и социальной группы, так и быстрое повышение благосостояния, которое вызывает необходимость адаптации к новым, отличным от прежних условиям – аномический тип самоубийства.

Задача № 3

Ответы на вопросы:

1. Данное самоубийство возможно было предотвратить.
2. Оказание помощи в пресуицидальной фазе: а) установление доверительных взаимоотношений в вербальной и невербальной коммуникации; б) активное слушание, проявляющееся в заботливом отношении; в) выявление заинтересованности родственников к состоянию пациента как лиц, способных оказать поддержку при потенциальной угрозе суицида; г) определение источника психического дискомфорта суицидента; д) предложение альтернативных решений создавшейся ситуации; е) заключение «суицидального контракта».
3. Социальная изоляция, уход в себя (отсутствие поддержки родственников и друзей) явились признаками суицидальных намерений.

Задача № 4

Ответы на вопросы:

1. Экзистенциальная теории суицида. В жалобах: потеря смысла жизни из-за отсутствия целостности семьи; экзистенциальный вакуум – утверждение и обогащение собственного Я было при условии единства семьи, сейчас связь нарушилась; присутствуют мысли о самоубийстве. Патофизиологическая теория суицида. По представлениям И. П. Павлова, наиболее часто патофизиологической основой суицида является торможение или угасание одного из ведущих для человека рефлексов – рефлекса цели, что сопровождается потерей интереса к жизни, утратой ее ценности и смысла.
2. Оказание психологической помощи и поддержки в пресуицидальной фазе. В дальнейшем работа с конфликтом «опустевшего гнезда» и обогащением собственного Я, которая проводится параллельно и приводит к постановке новых целей и задач жизни, обретению смысла существования.

Задача № 5

Ответы на вопросы:

1. При анализе истории жизни Ольги выявляется рискованный личностный стиль, который характеризуется как балансирование на грани опасности («игра со смертью»), является

привлекательным и вызывает приятное возбуждение у личностей данного типа.

2. По Э. Шнейдману, индивидуальная типология поведения Ольги соответствует характеристике игрока со смертью, это люди, склонные испытывать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается очень низкой вероятностью. Доказательством является поведение Ольги начиная с подросткового возраста: употребление психоактивных веществ, посещение ресторана с малознакомыми людьми и т. д.

Задача № 6

Ответы на вопросы:

1. Причинами, обуславливающими снижение стрессовой устойчивости Горина, могли быть чрезмерные психические и физические нагрузки на службе, психологическое напряжение из-за тяжелого материального положения, разлад в семье, такие личностные особенности, как повышенная тревожность, способность брать на себя ответственность за события, происходящие в его жизни, эмоциональная неустойчивость.
2. Пусковым механизмом суицида явился большой уровень внутреннего напряжения. Горин испугался ответственности, решил, что здесь и сейчас нужно все изменить кардинальным образом. Самоубийство совершено в состоянии острой депрессивной реакции при неадекватном восприятии окружающей обстановки и построении иррациональных заключений. Побудителями могли служить страх наказания за совершенный проступок, страх потерять любимую работу.

Тестовые задания

1. Три основных типа суицидального поведения подростков: истинное, аффективное, демонстративное выделил

1. А. Г. Амбрумова.
2. Н. Н. Моховиков.
3. А. Е. Личко.
4. К. Хорни.

2. Акт намеренного самоповреждения, не приведший к смерти, – это

1. Пресуицид.
2. Парасуицид.
3. Суицид.

3. Общей целью суицида является

1. Прекращение сознания.
2. Бегство (эгрессия).
3. Нахождение решения.

4. «Сэппуку» является ритуальным самоубийством

1. Индии.
2. Древней Руси.
3. Императорском Китае.
4. Японии.

5. Суицидальные замыслы – это

1. Продумывание способов, места и времени самоубийства.
2. Представления, фантазии на тему своей смерти.
3. Возникновение суицидальных мыслей до попытки их реализации.

6. К теории Зигмунда Фрейда о суициде относится следующее утверждение

1. Желание умереть, убить, быть убитым.
2. Бессознательное стремление человека к духовному перерождению.
3. В человеке существует два основных влечения: Эрос – инстинкт жизни и Танатос – инстинкт смерти.

4. Человек, попадая в кризисную ситуацию, наталкивается на препятствие, с которого начинается «бегство» к суициду, утрачивается чувство общности; между человеком и окружающими устанавливается «дистанция».

7. Суицидомания – это

1. Мысли связанные с навязчивой, сверхценной или бредовой идеей самоубийства и способах его осуществления.
2. Навязчивое влечение: упорное стремление к совершению самоубийства.
3. Повторное покушение на свою жизнь и действия, направленные на это, после неудавшейся суицидальной попытки.

8. К признакам, повышающим вероятность суицидальной попытки у подростка, относятся

1. Серьёзные конфликты в учебном заведении или семье.
2. Побег из дома.
3. Резкие изменения во внешности и поведении.
4. Злоупотребление алкоголем или наркотиками.
5. Интерес к литературе религиозно-мистического или философского характера, рассуждения о смысле жизни и её ценности.
6. Чувство безнадежности, тревоги, снижение настроения, плач без причины.
7. Утрата интереса к любимым занятиям.
8. Увлечение азартными играми.
9. 2, 4, 6, 7.
10. Все вышеперечисленное.
11. Ничего из вышеперечисленного.

9. Основоположником экзистенциальной теории суицида является

1. Э. Шнейдман.
2. К. Хорни.
3. А. Адлер.
4. З. Фрейд.
5. В. Франкл.

10. К ложным представлениям о суициде относятся следующие из нижеприведенных утверждений

1. Самоубийства совершают психически больные люди.
2. Самоубийство невозможно предотвратить.
3. При наличии в анамнезе суицидальной попытки, риск повторной попытки очень высок.
4. Риск самоубийства носит кратковременный характер; когда кризисная ситуация проходит, обычно наступает улучшение.
5. Те, кто много говорят о самоубийстве, обычно его не совершают.
6. Предрасположенность к самоубийству не наследуется и не является чертой характера.
7. Склонность к самоубийству генетически наследуется.
8. Решившиеся на самоубийство редко колеблются.
9. Суицидальный кризис может длиться несколько недель и даже месяцев.

11. «Аномическое» самоубийство по Е. Durkheim – это

1. Самоубийство, связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями: смерть близкого человека, потеря работоспособности, утрата имущества, несчастная любовь.
2. Самоубийство, совершаемое ради блага других людей, общества.
3. Самоубийство, связанное с каким-либо конфликтом, неприемлемостью социальных требований, определенных норм поведения, не соответствующих интересам.
4. Самоубийство людей, которые в силу своих личностных особенностей, не видят дальнейших путей своего развития, и воспринимают суицид как естественное завершение своей жизни.

12. Психологическим смыслом детского и подросткового суицидов является

1. Стремление привлечь внимание к своему страданию.
2. Есть настоящее желание умереть.
3. Желание наказать обидчиков.
4. Смерть представляется в виде желательного длительного сна.
5. Все вышеперечисленное.
6. Ничего из вышеперечисленного;
7. 1, 3, 4.

13. Орудием самоубийства может являться

1. Acidi acetylsalicylici 0,5 № 30.
2. Nitrazepamі 0,005 № 30.
3. Calcii gluconatis 0,5 № 40.
4. Все вышеперечисленное.
5. Ничего из вышеперечисленного.

14. Депрессия ажитированная – это

1. Двигательное возбуждение с аффектом тревоги и страха.
2. Депрессия, сопровождающаяся двигательным возбуждением, иногда доходящим до неистовства.
3. Депрессия с преобладанием явлений психического и физического истощения.
4. Депрессия, развивающаяся в результате психической травмы и отражающая в своём содержании травмирующую ситуацию.

15. Причинами суицидального поведения у подростков, по А. А. Султанову, являются следующие факторы

1. Деадаптация, конфликты с семьей, алкоголизация и наркотизация;
2. Природные, медицинские.
3. Индивидуально-психологические, экологические.
4. Социально-экономические, биографические в виде гомосексуальной ориентации.

16. Наличие суицидальных мыслей при развернутой клинической картине депрессии является закономерностью

1. Да.
2. Нет.

17. Для «рискующего» суицидента характерен следующий личностный стиль

1. Затрудняются выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой.
2. Убежденность в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.
3. Балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.

4. Восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.
5. Переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.

18. Предпосылкой аутодеструктивного поведения и суицида является

1. Апатия;
2. Неверие в личные перспективы.
3. Снижение творческой и витальной активности в результате психической травмы.
4. Все вышеперечисленное.
5. Ничего из вышеперечисленного.

19. Аутоагрессия – это

1. Нанесение себе телесных повреждений.
2. Самообвинения.
3. Суицидальное поведение.
4. Агрессивные действия, направляемые субъектом на самого себя;
5. Все вышеперечисленное.
6. Ничего из вышеперечисленного.

20. К факторам генеза суицида при психических расстройствах относятся

1. Психопатологические нарушения.
2. Воздействия окружающей среды, обуславливающие затруднения адаптации или оказывающие прямое психотравмирующее влияние.
3. Амбивалентное отношение к суициду.
4. Все вышеперечисленное.
5. Ничего из вышеперечисленного.
6. 1, 2.

21. Оцените степень риска суицида: *пациент предъявляет жалобы на подавленное настроение, высказывает мысли о самоубийстве, при подробном опросе: месяц назад был сокращен с работы, живет один, выплачивает кредит за квартиру, нет средств или плана самоубийства*

1. Низкая.
2. Средняя.
3. Высокая.

22. Самоубийство, совершенное ради блага других людей или общества, называется

1. Фаталическое.
2. Аномическое.
3. Эгоистическое.
4. Альтруистическое.

23. Основной причиной суицидальных действий по А. Г. Амбрумовой считается

1. Социально–психологическая дезадаптация личности.
2. Соматическое заболевание.
3. Семейно-бытовые трудности.
4. Ощущение профессиональной некомпетентности.

24. Поственция – это

1. Помощь суициденту после неудавшейся попытки самоубийства.
2. Акт намеренного самоповреждения, не приведший к смерти.
3. Процесс помощи семье и друзьям после суицида близкого человека.

25. С юридической точки зрения, эвтаназия является самоубийством в

1. Швейцарской Конфедерации, Берн.
2. США, штат Флорида.
3. Королевстве Швеция, Упсала.
4. Королевстве Дания, Средний Ютланд.
5. Федеративной Республике Германия, Бавария.

Приложение 11

Ответы на тестовые задания

1. Три основных типа суицидального поведения подростков: истинное, аффективное, демонстративное выделил

1. А. Е. Личко.

2. Акт намеренного самоповреждения, не приведший к смерти – это

2. Парасуицид.

3. Общей целью суицида является

3. Нахождение решения.

4. «Сэппуку» является ритуальным самоубийством

4. Японии.

5. Суицидальные замыслы – это

1. Продумывание способов, места и времени самоубийства.

6. К теории Зигмунда Фрейда о суициде относится следующее утверждение

3. В человеке существует два основных влечения: Эрос – инстинкт жизни и Танатос – инстинкт смерти.

7. Суицидомания – это

2. Навязчивое влечение: упорное стремление к совершению самоубийства.

8. Признаки, повышающие вероятность суицидальной попытки у подростка

10. Все вышеперечисленное.

9. Основоположником экзистенциальной теории суицида является

5. В. Франкл.

10. К ложным представлениям о суициде относятся следующие из нижеприведенных утверждений

1. Самоубийства совершают психически больные люди.
2. Самоубийство невозможно предотвратить.
4. Риск самоубийства носит кратковременный характер; когда кризисная ситуация проходит, обычно наступает улучшение.
5. Те, кто много говорят о самоубийстве, обычно его не совершают.
7. Склонность к самоубийству генетически наследуется.
8. Решившиеся на самоубийство редко колеблются.

11. «Аномическое» самоубийство по Е. Durkheim – это

1. Самоубийство, связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями: смерть близкого человека, потеря работоспособности, утрата имущества, несчастная любовь.

12. Психологическим смыслом детского и подросткового суицидов является

7. 1, 3, 4.

13. Орудием самоубийства может являться

2. Nitrazepam 0,005 № 30.

14. Депрессия ажитированная – это

2. Депрессия, сопровождающаяся двигательным возбуждением, иногда доходящим до неистовства.

15. Причинами суицидального поведения у подростков, по А. А. Султанову, являются следующие факторы

1. Дезадаптация, конфликты с семьей, алкоголизация и наркотизация.

16. Наличие суицидальных мыслей при развернутой клинической картине депрессии является закономерностью

1. Да.

17. Для «рискующего» суицидента характерен следующий личностный стиль

3. Балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.

18. Предпосылкой аутодеструктивного поведения и суицида является

4. Все вышеперечисленное.

19. Аутоагрессия – это

5. Все вышеперечисленное.

20. К факторам генеза суицида при психических расстройствах относятся

4. Все вышеперечисленное.

21. Оцените степень риска суицида: *пациент предъявляет жалобы на подавленное настроение, высказывает мысли о самоубийстве, при подробном опросе: месяц назад был сокращен с работы, живет один, выплачивает кредит за квартиру, нет средств или плана самоубийства*

2. Средняя.

22. Самоубийство, совершенное ради блага других людей или общества, называется

4. Альтруистическое.

23. Основной причиной суицидальных действий, по А. Г. Амбраумовой, считается

1. Социально-психологическая дезадаптация личности.

24. Поственция – это

Процесс помощи семье и друзьям после суицида близкого человека.

25. С юридической точки зрения, эвтаназия является самоубийством в

2) США, штат Флорида.

Приложение 12

Телефоны психологической помощи

Ниже приведены контакты специалистов в Томской области и г. Томске компетентных в оказании помощи потенциальным суицидентам, а также контакты служб экстренной психологической помощи.

Амбулаторный областной подростковый приём, подростки до 18 лет (ул. Асиновская, д.1/1) приём ведёт Врач-психиатр – Вагина Ольга Петровна, тел.: 8-(3822) 25-45-80. Первичное обращение по записи. При наличии суицидальной попытки прием осуществляется вне очереди.

Томский областной психоневрологический диспансер (ул. Яковлева, д.65), тел. регистратуры 8-(3822) 26-29-70.

Антикризисная служба, телефон «Доверия». Тел. 8-(3822)-41-19-99.

Телефонные службы экстренной психологической помощи

Психологический телефон доверия 8 (3822) 41-37-14 (с 9-00 до 21-00).

Телефон доверия для подростков 8-800-200-01-22, (3822) 25-66-59 (с 8.00 до 20.00).

Экстренная психологическая помощь по телефону доверия (Департамент соц. защиты населения ТО) тел. 714-008, г. Северск по тел. 99-66-66.

Детский творческий центр «Факел»

Центр профилактики девиантного поведения «Альтернатива»

Телефон доверия «Берег» (психологическая помощь для детей, подростков и их родителей): (3822) 54-39-09 (с 12.00 до 20.00).

Суббота – молодёжная линия «Сверстник-сверстнику» с 13.00 до 17.00.

Телефоны доверия Томской области

г. Северск: 99-66-66.
г. Стрежевой: 5-61-21.
Каргасокский район: 2-40-48.
Кривошеинский район: 3-44-44.
Шегарский район: 2-11-33.
Чаинский район: 2-13-50.
Верхнекетский район: 2-16-63.
Асиновский район: 3-06-77.
Колпашевский район: 4-20-42, 5-10-00.
Первомайский район: 2-26-01.
Парабельский район: 2-10-11.
Кожевниковский район: 2-19-13.

Доступность специальных служб оказания помощи (телефонных номеров кризисных телефонных линий и служб неотложной психиатрической помощи, социальных центров) должна обеспечиваться путем широкого распространения сведений о них, в том числе среди детей и подростков.

Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВОВ – Великая Отечественная война
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВС РФ – Вооружённые Силы Российской Федерации
ВС СССР – Вооруженные Силы Союза Советских Социалистических Республик
ВЦИК – Всероссийский центральный исполнительный комитет
ВЧК – Всероссийская чрезвычайная комиссия по борьбе с контрреволюцией и саботажем
ГНЦ – Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского
ГПУ – Государственное политическое управление при НКВД РСФСР
КГБ – Комитет государственной безопасности СССР
НКВД – Народный комиссариат внутренних дел
ОГПУ – Объединённое государственное политическое управление при СНК РСФСР
ПМЖ – постоянное место жительства
РККА – Рабоче-крестьянская Красная армия
РСФСР – Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика (название Российской Федерации до 25 декабря 1991 года, введённое Конституцией СССР 1936 года и Конституцией РСФСР 1937 года)
РФ – Российская Федерация
СМЖ – спинно-мозговая жидкость
СМИ – средства массовой информации
СНК – Совет народных комиссаров
СССР – Союз Советских Социалистических Республик
США – Соединенные штаты Америки
УЗРГМ – унифицированный запал ручной гранаты модернизированный
ЦНС – центральная нервная система

Сертификаты, дипломы выставок, рецензии



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ

ЗОЛОТОЙ ФОНД ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАУКИ

СЕРТИФИКАТ УЧАСТНИКА ВСЕРОССИЙСКОЙ ВЫСТАВКИ-ПРЕЗЕНТАЦИИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ИЗДАНИЙ (Сочи, 2012)

Шелехов И.Л., Каштанова Т.В., Корнетов А.Н.,
Толстолес Е.С.

Учебное пособие

«СУИЦИДОЛОГИЯ»

Сибирский государственный медицинский университет, 2011.

ПРЕЗИДЕНТ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ

академик РАЕ М.Ю.Ледванов



WWW.RAE.RU

РЕЦЕНЗИЯ

на рукопись учебного пособия

И. Л. Шелехова, А. Н. Корнетова, Е. В. Гребенниковой

«Суицидология: история и современные представления»

Представленная на рецензирование рукопись учебного пособия И. Л. Шелехова, А. Н. Корнетова, Е. В. Гребенниковой «Суицидология: история и современные представления» включает материалы для лекций и методические рекомендации по проведению семинарских занятий в рамках учебного курса «Суицидология». Подготовленное учебное пособие содержит большое количество не только научных фактов, но и освещает различные точки зрения по данному вопросу. Предлагаемая авторами форма представления информации позволяет обеспечить многостороннее и полноценное усвоение учебной дисциплины.

Темы лекций и семинарских занятий, содержащихся в рецензируемой рукописи, имеют свою актуальность и научную значимость. К числу наиболее важных разделов учебного пособия следует отнести рассмотрение проблематики суицида через призму философских представлений, исторические аспекты суицидологии, возрастные и психологические аспекты суицида, современные подходы к профилактике, диагностике и лечению суицидальных тенденций. Методически грамотное структурирование включённых в работу материалов позволило авторам пособия сформулировать и обосновать необходимость более тщательного изучения и осмысления заявленной проблематики.

Темы семинарских занятий в представленной на рецензирование рукописи скомпонованы в смысловые блоки. Каждая глава содержит оптимальное количество важных материалов, полноценно отражающих основные разделы суицидологии. Широкий хронологический диапазон научных и научно-публицистических работ, представленных в списке литературы, позволяет сделать вывод о компетентном подходе к составлению научно-справочного аппарата учебного пособия.

Особо следует отметить представленные планы проведения семинарских занятий. В рукописи имеются не только авторские указания на возможные направления изучения того или иного раздела суицидологии, но и корректно сформулированные вопросы для более чёткого самостоятельного и объективного анализа заявленных проблем.

Обоснованным в тексте рецензируемой рукописи стало и наличие тем рефератов, списка художественных фильмов, рекомендованных

к просмотру в процессе освоения учебного курса «Суицидология», ситуационных задач, тестовых заданий. Значительное количество вспомогательных методических материалов, проведение межпредметных связей и акцент на формирование собственного отношения студентов к тем или иным аспектам суицидологии, могут способствовать формированию и развитию профессионального мышления, необходимого для специалистов-психологов.

Учебное пособие представлено в форме, доступной для понимания студентов образовательных учреждений высшего профессионального образования. К несомненным достоинствам рецензируемой рукописи можно отнести выдержанность текста в лаконичном, аргументированном научном стиле, обязательном при составлении учебных изданий.

Таким образом, представленная рукопись учебного пособия И. Л. Шелехова, А. Н. Корнетова, Е. В. Гребенниковой «Суицидология: история и современные представления» соответствует основным требованиям, предъявляемым к подобного рода работам, заслуживает одобрения и может быть рекомендована к публикации и дальнейшему использованию в учебном процессе.

Рецензент:

Ведущий научный сотрудник
отделения аффективных состояний
НИИ психического здоровья (г. Томск),
доктор медицинских наук

 Г. Г. Симуткин

Подпись ведущего научного сотрудника отделения аффективных состояний
НИИ психического здоровья, доктора медицинских наук Симуткина Германа
Геннадьевича заверяю

Ученый секретарь
НИИ психического здоровья,
кандидат медицинских наук



Казенных Т.В.

26.02.16 г.

РЕЦЕНЗИЯ

на учебное пособие

И. Л. Шелехова, А. Н. Корнетова, Е. В. Гребенниковой

«Суицидология: история и современные представления»

Современное общество характеризуется кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни. Трудные социально-экономические условия в России в значительной мере осложняют реальность. Происходит резкая смена привычных стереотипов, дестабилизация финансового положения и ситуации на рынке труда. Эти и многие другие факторы способствуют потере психического здоровья у значительной части населения нашей страны. Возникает реальная проблема страха перед деятельностью и последующей социальной дезадаптацией. В большей степени тому страху подвержены люди с низкой переносимостью трудностей и низкими адаптационными способностями. При отсутствии своевременной психологической помощи они могут совершить суицидальную попытку. Поэтому углубленное изучение будущими психологами механизмов формирования, особенностей протекания и средств коррекции суицидального поведения является необходимым компонентом современного профессионала.

В данном учебно-методическом пособии авторы представляют содержание учебной дисциплины «Суицидология» в соответствии с категориальным аппаратом. В нем представлены материалы по историческим, культуральным, философским аспектам суицида, социальным факторам в совершении самоубийств, что оправдано спецификой деятельности психолога. Ими освещаются теории и концепции психологии суицидального поведения и новейшие исследования в этой области. В учебно-методическое пособие И. Л. Шелехова, А. Н. Корнетова, Е. В. Гребенниковой включены материалы, которые характеризуют особенности суицидального поведения, состояния психической сферы человека, которые могут развиваться в связи с острыми психологическими кризисами.

Общая структура представления материала акцентирует внимание студентов высшей школы на многообразии подходов в изучении суицидального поведения и практическое освоение современных методов его психологической коррекции. Это представляется необходимым элементом их профессиональной подготовки, в частности для современных психологов. В учебное пособие включены материалы, которые

можно использовать для изучения таких учебных дисциплин как «патопсихология», «клиническая психология», «психология девиантного поведения».

Учебное пособие написано в форме, доступной для понимания студентов высших учебных заведений. Оно выполнено на высоком методическом научном уровне. Его структура соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования для дисциплины «Суицидология»

Учебное пособие И. Л. Шелехова, А. Н. Корнетова, Е. В. Гребенниковой «Суицидология» может быть рекомендовано для издания в качестве литературы для студентов психолого-педагогических и медико-биологических специальностей.

Рукопись заслуживает одобрения и рекомендуется в печать.

Заведующий кафедрой
Общей и дифференциальной психологии
Сибирского государственного
медицинского университета (СибГМУ),
доктор психологических наук, профессор



Л. Ф. Алексеева

Адрес: ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, 634050, г. Томск,
Московский тракт, 2, тел/факс 8–3822–533309

Подпись Л. Ф. Алексеевой
директор департамента
И. А. Волков



Исторические аспекты суицида



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14



Рис. 15



Рис. 16



Рис. 17



Рис. 18



Рис. 19



Рис. 20



Рис. 21
285

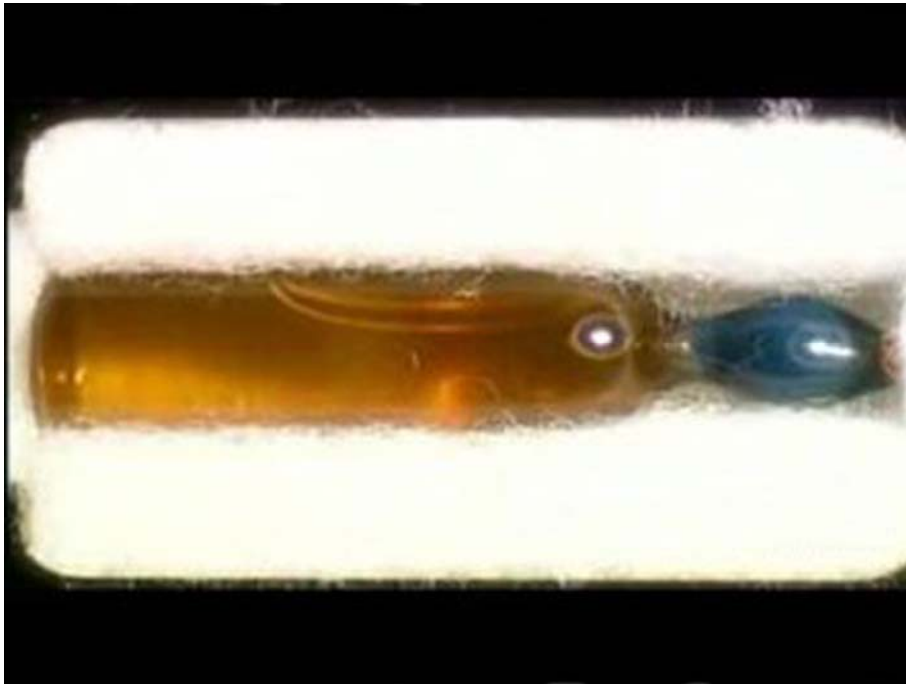


Рис. 22



Рис. 23
286



Рис. 24



Рис. 25



Рис. 26



Рис. 27

Комментарии к иллюстрациям цветной вкладки

Рис. 1. Меч имперский (лат. *Gladius*) (Древний Рим, реконструкция).

Примечание: гладиус является традиционным оружием тяжёлой пехоты римских легионов и феодальной знати, как периода Империи, так и периода Республики. Оружие, изготавливаемое из железа или стали, имеет относительно небольшие размеры (общая длина около 650-700 мм, длина клинка – 500-550 мм, ширина клинка 70 мм, общий вес – около 800 г). За счёт увеличенного шарообразного навершия, выполняющего функции противовеса, центр тяжести оружия смещён к рукояти.

Основное назначение гладиуса – нанесение глубоких колотых ранений. Специфика применения оружия отражена в особенностях геометрии клинка – остриё имеет широкую режущую кромку для обеспечения высокой проникающей способности.

В Древнем Риме гладиус использовался для суицида путём нанесения колотого ранения в область шеи (лезвие проходит параллельно позвоночнику и погружается в грудную клетку) или «падения на меч» (лезвие проникает сквозь грудину или проходит между рёбрами).

Рис. 2. Меч имперский (лат. *Gladius*) (Древний Рим, реконструкция).

Рис. 3. Смирнов Василий Сергеевич (1858–1890). Смерть Нерона (1886–1888). Холст, масло. Размер 177,5×400 см. Государственный Русский музей (инв. Ж-5592), Санкт-Петербург.

Примечание: сюжет картины связан с событиями истории Древнего Рима, происшедшими в 68 г. н. э. и описанными Гаем Светонием Транквиллом (лат. *Gaius Suetonius Tranquillus*; около 70 г. н. э. – после 122 г. н. э.) в работе «Жизнь двенадцати цезарей» (лат. *De vita Caesarum*).

Когда император Нерон (лат. *Nero Claudius Caesar Augustus Germanicus*) был отстранён от власти мятежными войсками, он предпринял попытку скрыться на вилле вольноотпущенника Фаона. Получив информацию, что сенат принял решение о его аресте и последующей мучительной казни, Нерон начал готовиться к акту суицида, часто произнося фразу: «Какой великий артист погибает!» (лат. *Qualis artifex pereo!*). Когда к вилле приблизились всадники, которым было поручено его арестовать, Нерон, прибегнув к помощи советника по прошениям Эпафродита, мечом нанёс себе колотую рану в область основания шеи.

После смерти Нерона его тело было унесено кормилицами Эклогой и Александрией и наложницей Актой (Актеей) для того, чтобы захоронить его «в родовой усыпальнице Домициев (лат. Domitii), что на Садовом холме со стороны Марсова поля».

Именно этот исторический момент изображён на картине В. С. Смирнова. В центре полотна, на фоне стены помпейского красного цвета (итал. rosso pompeiano), находится изображение трёх женщин, которые пришли за телом Нерона.

Рабыни-кормилицы Эклога и Александрия несут носилки. Их согнутые фигуры передают тревогу и подчёркивают значимость происходящих событий. Акта (Актея) смотрит на тело императора. Акта держит в руках расшитое золотом алое с белым покрывало, которым она собирается накрыть мёртвое тело Нерона. Все изображённые на картине женщины стоят безмолвно, а их молчание «сродни тишине смерти, кажется, нарушаемой лишь тихим шуршанием сухого листка, скользящего по мраморным ступеням».

Фигуры женщин расположены в правой части картины – таким образом, левая сторона полотна выглядит несколько облегчённой. Лежащее в луже крови тело Нерона резко контрастирует с жизнерадостной мраморной скульптурой «Мальчик с гусём», находящейся в левой части полотна.

Сюжет картины «Смерть Нерона» в полной мере соответствует тексту французского историка религии Ж. Э. Ренана (фр. Joseph Ernest Renan; 1823–1892). В его работе *Антихрист* (1873) указано: «Две его кормилицы и Актея, всё ещё любившая его, тайно похоронили его в богатом белом саване, вышитом золотом...» (фр. «Ses deux nourrices et Acté, qui l'aimait encore, l'ensevelirent secrètement, en un riche linceul blanc, broché d'or...»).

Рис. 4. Альбрехт Дюрер: Самоубийство Лукреции, 1518. Размер 168x75 см. Старая Пинакотека, Мюнхен (Alte Pinakothek, Munich).

Примечание: самоубийство Лукреции упомянуто в древнеримской легенде о причинах падения монархии и установления республики. Обещанная сыном римского императора – Секстом Тарквинием (лат. Sextus Tarquinius), женщина рассказывает мужу о нанесённом ей оскорблении, призывает отомстить и совершает акт суицида.

Художники и писатели часто отражали в своём творчестве сюжет гибели Лукреции. В частности, У. Шекспир создал большую поэму «Обещанная Лукреция» (1594).

Рис. 5. Рембрандт Харменс ван Рейн (нидерл. Rembrandt Harmenszoon van Rijn, 1606–1669). Самоубийство Лукреции, 1666. Холст, масло. Размер 105х93 см. Институт Искусств, Миннеаполис.

Примечание: Рембрандтом написаны две картины на этот сюжет. На ранней картине (1664) Лукреция держит оружие, готовясь совершить акт суицида. На цветной вкладке представлена поздняя картина (1666). На этом полотне Лукреция уже нанесла себе колотое ранение в область грудной клетки. На белой ткани сорочки расплывается пятно крови. Женщина старается держаться прямо, в поисках опоры она схватилась за шнур звонка. Бледность лица свидетельствует о падении артериального давления и приближении летального исхода.

Рис. 6. Питер Брейгель Старший (нидерл. Pieter Bruegel de Oude; ок. 1525–1569). Самоубийство Саула во время битвы на горе Гелвуйе, 1562. Размер 34х55 см. Художественно-исторический музей, Вена (Kunsthistorisches Museum, Wien).

Примечание: сюжет картины основан на ветхозаветном сюжете Первой книги Царств («Саул у Аэндорской волшебницы»). Согласно Ветхому Завету (Танаху), Саул (Шаул (Шауль)); букв. «одолженный [у Бога]»; греч. Σαούλ) был первым царём народа Израиля, основателем единого Израильского царства, создателем регулярной еврейской армии, выдающимся военачальником. В месте с тем, Саул не подчинился воле Бога, за что был отвергнут Творцом и «разум его помутился». Во время сражения с филистимлянами в 1004 г. до н. э., евреи во главе с Саулом потерпели сокрушительное поражение на горе Гелвуй (др.-евр. G'lvui – «Холмистая местность»; согласно иному варианту перевода: «Вспенившийся источник»; см. 1 Цар. 31:1-13).

Израненный стрелами царь Саул, которому угрожал плен и последующее бесчестие, обратился к оказавшемуся рядом воину с просьбой убить его. Объятый страхом воин отказался, и «тогда Саул взял меч свой и пал на него» (1 Цар. 31:4). Суицид Саула стал последним из совершённых им грехов. Но, гибель иудейского царя была оплакана Давидом: «Дочери Израильские! Плачьте о Сауле... как пали сильные на брани» (2 Цар. 1:24-25).

Художник необычно построил композицию картины, изобразив альпийский пейзаж, на фоне которого проходит битва двух армий. Воины, одетые в доспехи, сохраняя строй и высоко поднимая копья, заполняют всё пространство между скалами. На небольшом плато, находящемся в левой части полотна находится маленькая фигурка царя

Саула, который уже не может влиять на ход сражения, но еще сохранил возможность распоряжаться собственной жизнью. Рядом с царём, уже совершившим акт суицида, находится его оруженосец, который собирается последовать примеру полководца. По узкому проходу между скалами поднимаются вражеские солдаты.

Основной психологический эффект картины достигается посредством противопоставления ожесточённой битвы на горе Гелвуй и личной трагедии человека, которая остаётся незамеченной другими участниками сражения. Одиночество, психологическое напряжение и решимость двух находящихся на плато людей фокусируют на себе весь драматизм происходящих событий.

Композиция картины связана с поиском Брейгелем новых пространственных решений, позволяющих максимально раскрыть потенциал жанра пейзажа. Кроме того, художник в аллегорической форме отражает драматизм исторических событий, происходивших на его родине: вторжение французской армии в Нидерланды (1557 г.) и карательные экспедиции испанцев (1559 г.).

Рис. 7. Цукиока Ёситоси. Сэппуку. (Гравюра на дереве, 1850-е гг.).

Примечание: обряд сэппуку выполняется в саду. Перед самураем лежит лист рисовой бумаги с написанным предсмертным стихотворением. Самурай смотрит, как в воздухе кружатся листья, подчёркивающие краткость человеческой жизни и лёгкость духа воина, который скоро покинет этот мир. Прозрачность осеннего воздуха символизирует чистоту помыслов буси и незапятнанность его чести.

Рис. 8. Цукиока Ёситоси. Генерал Акаси Гидаю готовится совершить сэппуку после проигранной битвы за своего господина Акэти Мицухидэ в 1582 году. (Гравюра на дереве, 1890).

Примечание: генерал только что сложил своё предсмертное стихотворение, текст которого расположен в верхнем правом углу гравюры.

Вызывает интерес представленная художественная аллегория. В верхнем левом углу гравюры располагается висящая на стене шкура тигра с головой. Хищное животное, символизирующее воинскую доблесть, пристально смотрит на погружённого в раздумья самурая. Сильно развитый волосяной покров на теле воина подчеркивает сходство с тигром. Художнику в полной мере удалось передать решительность и бесстрашие японского офицера.

Генерал Акаси Гидаю одет в одежду белого цвета, которая широко используются в синтоистских ритуалах, символизируя траур, душевную чистоту, перерождение в следующей жизни.

Рис. 9. Короткие мечи: танто (вверху) и айгути (внизу) на подставке (Япония, период Эдо (1603–1868)).

Примечание: длина клинка танто и айгути не превышает одного сяку (30,3 см). Использовались как вспомогательное оружие (для добывания противника, отрезание головы, использующейся в качестве воинского трофея, самообороны, церемонии сэппуку). Наиболее близкий европейский аналог данного оружия – кинжал.

Рис. 10. Айгути, подготовленный для проведения церемонии сэппуку (Япония).

Примечание: оружие лежит на деревянной подставке, с целью предотвращения порезов кисти лезвие обёрнуто рисовой бумагой.

Рис. 11. Айгути (Япония).

Примечание: оружие представляет собой вариант короткого меча (танто) у которого отсутствует гарда (цуба) и оплётка рукояти. Айгути рассматривается как вспомогательное или гражданское холодное оружие.

На снимке представлен богато декорированный образец.

Рис. 12. Личные вещи сотрудника НКВД РСФСР.

В композиции представлены:

1. Револьвер образца 1895 г. (системы Наган), патроны 7,62x38 мм Наган. Принят на вооружение Русской императорской армии в 1895 г., широко использовался в Рабоче-крестьянской Красной армии (РККА), а с 1946 г. – в Вооружённых силах СССР (ВС СССР).
2. Патроны 7,62x38 мм Наган.
3. Служебные удостоверения сотрудника Народного комиссариата внутренних дел РСФСР (НКВД РСФСР). На фотографии открытого удостоверения к военной форме сотрудника пристёгнуты погоны, что позволяет датировать снимок периодом после 6 января 1943 года.
4. Орден Красного Знамени (учреждён декретом Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета (ВЦИК) РСФСР

от 16 сентября 1918 года). На снимке один из ранних вариантов ордена, который носился на красном банте, сложенном в виде розетки.

5. Орден Красной Звезды (учреждён Постановлением Президиума ЦИК СССР от 6 апреля 1930 года). На снимке образец раннего выпуска (вариант (с «острыми лучами»)).
6. Знак «Почётный работник ВЧК–ГПУ» XV годовщины, учреждён приказом ОГПУ № 1087 от 23 ноября 1932 г.
7. Знак «Выпускнику отличнику школы ОГПУ».
8. Наручный шеврон командного состава НКВД СССР.

Примечание: 7,62-мм револьвер системы Наган внесён в перечень видов, типов, моделей боевого короткоствольного ручного стрелкового и холодного оружия, которым могут награждаться граждане Российской Федерации.

Рис. 13. Личные вещи офицера Германской империи, участника Первой Мировой войны (1914–1918).

В композиции представлены:

1. Пистолет Mauser C96, патроны 7,63×25 мм Mauser, 9×25 мм Mauser Export, 9×19 мм Parabellum, 45 АСР. Серийное производство с 1897 г. На снимке представлена модель пистолета с курком, имеющим маленькое отверстие (так называемый «Small Ring Hammer») – такие пистолеты выпускались после 1905 г.

2. Обойма, содержащая 10 патронов 7,63×25 мм Mauser и два отдельно лежащих патрона.

3. Железный крест 2-го класса (нем. Eisernes Kreuz (ЕК II – 1914)).

4. Серебряные монеты (1 марка, 3 марки, 5 марок) Германской империи (1870–1918).

5. Групповая фотография периода Первой Мировой войны (1914–1918). На снимке представлены офицеры Германской империи (1870–1918).

6. Германская карта с нанесёнными данными (состояние на 1917 г.)

Примечание: из-за сложности конструкции и высокой стоимости самозарядный пистолет Mauser C96 не был принят на вооружение регулярной армии какой-либо страны мира. Вместе с тем, оружие достаточно широко использовалось, закупаясь для отдельных категорий военнослужащих. Пистолет выпускался под различные типы патронов, в значительном количестве модификаций (только в период 1897–1912 гг. компанией «Waffenfabrik Mauser A.G.» было выпущено 22 различных модификации).

Рис. 14. Пистолет P-08 Luger «Parabellum», патрон 7,65 мм Luger, 9x19 мм Parabellum. Принят на вооружение Вооружённых сил Германии в 1904 г.

Примечание: 9 мм пистолет Парабеллум 08-П (Parabellum 08-P) включён в перечень видов, типов, моделей боевого короткоствольного ручного стрелкового и холодного оружия, которым могут награждаться граждане Российской Федерации.

Рис. 15. Пистолет FN Model 1910 (системы Browning), патроны 7,65x17 мм Browning (32 АСР).

Примечание: на мишени представлены результаты стрельбы с дистанции 14 метров.

Рис. 16. Пистолет Colt M1911, патрон 11,43x23 мм (45 АСР). Производится с 1911 г.

Рис. 17. Ручная противопехотная оборонительная граната Ф-1 с запалом УЗРГМ. Принята на вооружение РККА в 1928 г.

В композиции представлены:

1. Подсумок под гранаты Ф-1 двухсекционный обр. 1958 г.
2. Гранаты Ф-1 выпуска периода Великой Отечественной войны.

Примечание: граната данной модели широко использовалась в период ВОВ и последующих военных конфликтах. В настоящее время состоит на вооружении Вооружённых Сил Российской Федерации (ВС РФ).

Среди военнослужащих, принимающих непосредственное участие в боевых действиях, широко распространена традиция ношения гранаты Ф-1 в кармане одежды. В случае возникновения угрозы плена военнослужащий подрывает себя и находящегося в зоне поражения противника.

Рис. 18. Личные вещи сотрудника органов госбезопасности СССР.

В композиции представлены:

1. Пистолет ТТ образца 1930-1933 гг. (Тульский, системы Ф. В. Токарева), патрон 7,62x25 мм ТТ. На снимке образец выпуска периода Великой Отечественной войны (кожухе-затворе нанесены крупные вертикальные выточки, чередующиеся с мелкими пазами).
2. Бланк служебного удостоверения сотрудника спецгруппы «АВС» Комитета государственной безопасности СССР (КГБ СССР).

3. Полевая сумка.
4. Ремешок наручных часов.
5. Коробка папирос «Беломорканал» (1-й сорт А, табачная фабрика им. проф. Смирнова А. И., г. Краснодар).

Рис. 19. Пистолет ТТ образца 1930–1933 гг. (Тульский, системы Ф. В. Токарева), патрон 7,62x25 мм ТТ. Пистолет этой модели пришёл на смену револьверу системы Наган, принят на вооружение РККА в 1930 г. На снимке образец раннего выпуска.

Примечание: 7,62-мм пистолет ТТ внесён в перечень видов, типов, моделей боевого короткоствольного ручного стрелкового и холодного оружия, которым могут награждаться граждане Российской Федерации.

Рис. 20. Пистолет Walther PP, патрон 7,65x17 мм Browning (32 АСР), 9x17 мм (380 АСР). Принят на вооружение Wehrmacht в 1935 г.

Примечание: в период Великой Отечественной войны пистолеты Walther PP и Walther PPK ввозились в СССР в качестве трофеев.

Рис. 21. Личные вещи офицера Германской империи, участника Второй Мировой войны (1939–1945).

В композиции представлены:

1. Пистолет Walther P-38, патрон 9x19 мм Parabellum. Принят на вооружение Wehrmacht в 1938 г.
2. Штатная кобура от пистолета Walther P-38.
3. Китель офицерский полевой (Feldbluse M36).
4. Фонарь Daimon Telko Trio (2218) (два светофильтра – зелёный и красный, функция передачи азбуки Морзе).

Рис. 22. Стандартная стеклянная ампула, содержащая 160 мг цианида калия (KCN). Размер 48x11 мм. Упаковка – картон с вкладышем из медицинской хлопковой ваты (лат. Gossypium).

Примечание: средства для суицида (стеклянные ампулы содержащие синильную кислоту (HCN) или водный раствор цианида калия (KCN)) серийно производились на двух фармакологических заводах нацистской Германии (1933–1945). Штучное изготовление дозированных лекарственных форм, содержащих сильнодействующие яды и предназначенных для обеспечения оперативной деятельности специальных служб, практикуется практически во всех развитых странах мира (Россия, США, Великобритания, Израиль, Китай, Франция, Германия).

Для повседневного ношения ампулы предусмотрены специальные металлические футляры. В качестве футляра может использоваться любая личная вещь, обеспечивающая механическую защиту, но допускающая немедленное применение препарата (жёсткая пачка сигарет, портсигар, визитница). Индивидуальное ношение ампул может быть и без футляров (в кармане рубашки, пиджака).

Рис. 23. Пистолет Sauer 38Н, патрон 7,65x17 мм Browning (32 АСР). Принят на вооружение Wehrmacht в 1939 г.

Примечание: пистолет данной модели эксплуатировался в Вооруженных силах, полиции, спецслужбах нацистской Германии (1933–1945), однако является значительно более редким оружием, чем Walther PP и Walther PPK.

Рис. 24. Фрагмент рабочего кабинета следователя Комитета государственной безопасности СССР (КГБ СССР).

В композиции представлены:

1. Бюст Ф. Э. Дзержинского (1877–1926), являющегося основателем и первым руководителем Всероссийской чрезвычайной комиссии по борьбе с контрреволюцией и саботажем при Совете народных комиссаров РСФСР (ВЧК при СНК РСФСР).
2. 9-мм пистолет Макарова (ПМ) выпуска 1970–1980-х годов.
3. Стандартная картонная пачка, вмещающая 16 патронов 9x18 мм ПМ (это количество боеприпасов рассчитано на заполнение двух магазинов).
4. Электрическая настольная лампа 1940–1950-х годов.
5. Коробка папирос «Богатыри» (высший сорт № 1, табачная фабрика «Ява», г. Москва).
6. Хрустальная пепельница, в которой лежит дымящаяся папироса с характерно смятым концом гильзы.
7. Лист белой бумаги и двухцветный (простой и красный) карандаш.

Рис. 25. Пистолет Н. Ф. Макарова (ПМ), патрон 9x18 мм ПМ. Принят на вооружение ВС СССР в 1951 г.

Примечание: пистолет этой модели пришёл на смену пистолету ТТ, являясь личным оружием офицеров вооруженных сил, правоохранительных органов, органов госбезопасности СССР и РФ. Кроме того, 9-мм пистолет Макарова (ПМ) внесён в перечень видов, типов, моделей боевого короткоствольного ручного стрелкового и холодного

оружия, которым могут награждаться граждане Российской Федерации.

На снимке представлен 9-мм пистолет Макарова (ПМ), штатная кобура, протирка, запасной магазин.

Рис. 26. Личные вещи участника Афганской войны (1979–1989).

В композиции представлены:

1. Автоматический пистолет И. Я. Стечкина (АПС) с примкнутой к рукоятке кабурой-прикладом.
2. Запасной магазин для АПС, вмещающий 20 патронов 9x18 мм ПМ.
3. Патроны 9x18 мм ПМ.
4. Орден Красной Звезды (учреждён Постановлением Президиума ЦИК СССР от 6 апреля 1930 года). На снимке образец раннего выпуска (вариант с «острыми лучами»).
5. Штык-нож модели 6Х5 (принадлежность к автомату АК-74, АК-74М, автоматам Калашникова «сотой серии», 5,45-мм автомату Никонова обр. 1994 г. (АН-94 «Абакан»)).

Примечание: автоматический пистолет И. Я. Стечкина (АПС), созданный под патрон 9x18 мм ПМ, принят на вооружение Вооружённых Сил СССР в 1951 году, одновременно с 9-мм пистолетом Макарова (ПМ). АПС предназначен для вооружения офицеров, принимающих непосредственное участие в боевых действиях, а также для солдат и сержантов специальных подразделений.

Рис. 27. Пистолет Beretta 950 Jetfire, патрон 6,35x15 мм Browning (25 АСР). Производится с 1952 г.

Примечание: небольшие размеры, средний калибр, малый вес пистолета позволяют отнести его не к боевым образцам короткоствольного оружия, а к оружию скрытого ношения (так называемым карманным, салонным, жилетным пистолетам). Несмотря на некоторую миниатюрность, пистолеты данного класса являются эффективным средством защиты и нападения, рассчитанным на поражение целей находящихся на короткой дистанции (0–5 метров).

* * *

Приведённые на цветной вкладке образцы оружия многократно упоминаются в научной и художественной литературе, документальных фильмах, экранизациях, включены в частные коллекции, представлены в компьютерных играх.

Несмотря на то, что описанные образцы боевого оружия несколько устарели, они являются удачными конструктивными решениями и хорошо зарекомендовали себя в жестких условиях эксплуатации. Представленное оружие можно встретить практически в любой стране мира – оно широко используется как гражданским населением, так и участниками современных локальных военных конфликтов.

Учебное издание

*Игорь Львович Шелехов,
Александр Николаевич Корнетов,
Елена Владимировна Гребенникова*

СУИЦИДОЛОГИЯ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Учебное пособие

*Технический редактор: Г. В. Белозёрова
Ответственный за выпуск: Л. В. Домбраускайте*

Бумага: офсетная. Печать: трафаретная. Формат: 60×84¹/₁₆. Тираж: 500 экз.
Сдано в печать: 01.06.2016. Усл. печ. л.: 17,44. Уч. изд. л.: 15,79. Заказ: 1306/у



Издательство Томского государственного
педагогического университета
634061, г. Томск, ул. Киевская, 60
Отпечатано в типографии Издательства ТГПУ
г. Томск, ул. Герцена, 49. Тел.: (3822) 311–484
E-mail: tipograf@tspu.edu.ru
