ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 041CD9B1001CAF77894D606F5F479EB1E9
Владелец: Сахарчук Елена Сергеевна
Действителен: с 26.09.2022 до 26.09.2023

***Котовская С.В., Нарциссова С.Ю.,***
***Розанова Е.В., Соловьев А.А,***

# *ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДОЛОГИИ*

***УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ***

**УДК 159.9**

Оглавление

*ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ РАЗВИТИЯ СУИЦИДОЛОГИИ* ..... *3*
*СУЩНОСТЬ И СПЕЦИФИКА СУИЦИДОЛОГИИ* ..... *19*
*СКЛОНЕНИЕ К СОВЕРШЕНИЮ САМОУБИЙСТВА* ..... *32*
*ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ* .... *52*
*КОНЦЕПЦИИ САМОУБИЙСТВ* ..... *65*
*КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ* ..... *71*
*ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ* ..... *84*
*НАЗНАЧЕНИЕ СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ СУИЦИДОВ* ..... *109*

# ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ РАЗВИТИЯ СУИЦИДОЛОГИИ

Самоубийство – одна из вечных проблем общества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует на Земле человек. В ходе исторического развития взгляды на сущность добровольного ухода из жизни существенно изменялись, как и его моральная оценка. Попытки осмысления этого явления с философских и научных позиций проводились постоянно с древних времен и по настоящее время. Повышенный интерес к многообразным аспектам суицидального поведения со стороны различных специалистов сменялся затем периодами запрета и умалчивания этой проблемы. Это было обусловлено негативным влиянием на сущность самоубийства (понятие жизни-смерти) философских течений, религиозных постулатов, политических убеждений, а также принятием некоторых законодательных актов.

Подъем уровня самоубийств во многих странах заставлял исследователей вновь и вновь обращаться к проблеме суицида и его предупреждения. Неутихающий интерес к этому феномену привел к накоплению обширного числа публикаций по данной проблеме, зачастую не совпадающих по отдельным разделам, а то и взаимоисключающих друг друга по содержанию.

Термин «суицид» впервые был употреблен в книге сэра Томаса Брауна «Religio Medici», написанной в 1635

году и опубликованной в 1642 году (Alvarez A., 1971). Однако в литературе встречаются отдельные ссылки на возможность появления этого термина уже в X веке. В Оксфордском словаре термин «суицид» впервые появился в 1651 году, однако употреблялся он редко. Чаще использовалось понятие «самоуничтожение», обозначавшее, что смерть человека на-ступила в результате убийства самого себя, что заведомо вызывало осуждение и наказание со стороны церкви и общества.

И. Кант (1988) считал моральным долгом по отношению к себе: самосохранение – первейший долг, а самоубийство – величайший порок. По З. Фрейду (1969), целью влечения смерти является уничтожение жизни. «Кажется, что энергия, направленная к жизни, будто совершив ошибку, превращается в энергию, направленную на разрушение, иными словами: влечение к жизни и влечение к разрушению не независимые друг от друга явления, а находятся в обратной взаимозависимости». Аристотель, Платон говорили, что человек принадлежит Богу, государству, поэтому он не принадлежит себе и обязанность жить должна пересилить желание умереть от собственной руки. А. Шопенгауэр придерживался точки зрения, что во всем, что составляет органический и неорганический мир, проявляется одна единственная сущность – жизнь. Самоубийца хочет жить, но только он не удовлетворен условиями, в которых должен жить. Христианская религия считала жизнь на земле жалкой и ничтожной, ей противопоставлялась жизнь после смерти тела, жизнь блаженства. Ф. Ницше писал, что глупый философский факт смерти нужно превратить в моральный императив. Жить так, чтобы в определенный час человек проявлял свою волю к смерти.

Суицидент неудовлетворен собой, потому что находится в конфликте с теми общепринятыми ценностями жизни, которых не принимает его природа. Общество требует от человека ответственности, а человек переживает это как угрозу наказания. Человек живет в согласии или конфликте с внешним миром. В то же время он должен жить в согласии с провозглашенными ценностями процесса жизни и тем самым открыть смысл своего существования и красоту жизни. Если человек неудовлетворен собственной жизнью, то такая жизнь для него – ничто и для него уже открыт путь в безнадежность, завершаемый в тихой гавани смерти. Сущность проблемы моральности заключается в утверждении и отрицании воли к жизни. Этика должна укреплять силу жизни, а мораль – силу общества. Бог не является Богом мертвых, а Богом живых. Тело умирает, но жизнь остается. Можно предположить, что самоубийства исчезнут, когда моральные принципы окажутся в единстве с природными принципами, но как создать такое общество пока не знает никто и будет ли необходимость при этом в самих структурах общества. Пока не видно как можно ликвидировать это противоречие.

Суицид имеет исторический аспект своего изучения в плане оценки разными народами в разные эпохи существования человечества.

При этом суицид мог оцениваться одновременно и как позитивное явление, и как негативное. Позитивно суицид оценивался в древних скандинавских племенах с их идеологией альтруистического самоубийства стариков, освобождающих племя от забот о дряхлых людях. У готов существовала «скала предков», с которой они бросались из-за страха перед смертью. Суицид рассматривался позитивно в случаях ритуальных, политических самоубийств, приобретал форму своеобразного искусства, носил эффект

эстетизации. В Индии (сати) и Японии (харакири) к самоубийству относились с уважением. Например, при самосожжении преданных жен после смерти их мужей. Самоубийство самураев в случаях унижения их собственного достоинства, оскорбления чести. Первое ритуальное самоубийство в Японии зафиксировано в 1170 году, когда самурай Таметомо Ми- намото, окруженный врагами, распорол себе мечом живот, и этот поступок стал затем почетной смертью японских военных. Эти способы самоубийств расценивались как искупление грехов, оправдание перед Богом и людьми, а в Риме ритуальное самоубийство являлось оправданием позора при поражениях в военных операциях. В литературе приводятся имена римских аристократов (Катона, Антония, Кассия, Брута, Сенеки), покончивших с собой по политическим мотивам. В Египте существовала академия, члены которой по очереди заканчивали жизнь самоубийством. На заседаниях они обсуждали и придумывали новые «приятные» способы самоубийства (Вагин Ю.Р., 1993).

Идеология некоторых народов (скептиков, стоиков, эпикурейцев) проповедовала понимание индивидуальной свободы в качестве права на смерть, тем самым провоцировала среди них самоубийство. Существовали древние формы жертвоприношения, напоминавшие самоубийство, сжигание женщин и детей при важных политических событиях и бедствиях в целях умилостивления «бога-деспота» на территории древнего Азербайджана (Алиев И.А., 1987). Христианский мир терпимо относился к самоубийству (Д. Юм, Ж.. Руссо, М. Монтень), создавались «клубы самоубийц», возобновилось право стариков на добровольный уход из жизни (альтруистическое самоубийство).

Все-таки негативная оценка самоубийства преобладала у большинства народов и носила более устойчивый характер на протяжении всего существования человеческой цивилизации (Красненкова И.П., 1999). Народы Ближнего Востока (Персия, Вавилон) строго осуждали самоубийство. Древний иудейский мир почти не знал такого рода поступков. Это позволили Э. Дюркгейму заметить: «Еврейство – это как раз та религия, в рамках которой склонность к самоубийству имеет наименьшую величину».

В современном Израиле самоубийства достаточно редки. Эпоха первых христиан почти не была знакома с суицидом, в последующем ни церковное осуждение, ни жестокие запреты не смогли приостановить распространение самоубийств. Не смогло остановить рост самоубийств смягчение и отмена вовсе наказаний за суицидальный поступок. Тем более что карательные меры были дифференцированными. Например, в России одно время жестоко карался «сознательный суицид» и вовсе не наказывался «невменяемый суицид».

Тема об отношении общества к самоубийству рассматривалась А.Н. Моховиковым (2001) в «Хрестоматии по суицидологии» и в монографии В.С. Ефремова (2004). Суицидальное поведение известно очень давно. Археологические раскопки гробниц древних царей Шумера и Аккаде ( тыс. лет до новой эры) открыли факты, когда воины личной охраны царей выпивали смертельный яд, чтобы сопро-вождать своих повелителей в последний путь. У древних кельтов ( - тыс. лет до н.э.) считалось стыдно умирать в постели. Они устраивали пышные банкеты, после которых бросались в море. Первые письменные упоминания о суициде содержались в древнеегипетском труде «Спор разочарованного со своей душой» (XX в. до н.э.). Человек

чувствовал себя одиноким, чуждым во враждебном обществе: «Мне смерть кажется ныне выздоровлением больного, выходом из плена страданий». В так называемых примитивных культурах смерть расценивалась как «плохая» или «хорошая». Самоубийство считалось плохой смертью, а самоубийцы отрицательно влияли на оставшихся в живых родственников.

Греко-римская культура относилась к самоубийству неоднозначно, с позиции свободы в принятии решения и контроля собственной жизни. Пифагор представлял суицид следствием протеста против нарушения гармонии и симметрии вселенной. Аристотель считал, что смерть следует приветствовать, а самоубийство – проявление трусости и малодушия. Человек, убивая себя, нарушает закон и поэтому он виноват перед собой и государством. Сократ относился к суициду терпимо, рассуждая о предпочтительности смерти перед жизнью, но в то же время считал его недопустимым, т.к. жизнь человека зависит от богов. В конечном счете, Сократ допускал, что добровольная смерть может быть позволительной. Платон утверждал, что отношения тела и души проблематичны, злые поступки тела оскверняют душу и не дают ей возможность отделиться и вернуться в мир иной. И в то же время полагал, что с помощью разума человек должен переносить жизнь, полную горестей и страданий. Эпикур считал суицид возможным и даже желательным.

В императорском Риме отношение к смерти было патетическим. Стоики ценили неограниченное проявление свободы, которое предусматривало право выбора варианта ухода из жизни. Для Цицерона, Сенеки основным критерием являлась этическая ценность жизни, важно было хорошо умереть, без страсти и эмоций.

Древние иудеи относились к самоубийству отрицательно, жизнь оценивалась как непреходящая ценность. Самоубийство было запрещено и встречалось в единичных случаях. Допускалось, что в состоянии расстройства умственной деятельности жертва могла покончить с собой.

Для японской культуры самоубийство носило ритуальный характер, было окружено ореолом святости, определялось религиозными традициями и национальными обычаями. Самоубийство для них было безальтернативным. Личное и социальное у японцев отличалось полным слиянием и чувство стыда, вины, униженное достоинство искупались только смертью. Для японцев были характерны героические самоубийства, отражающие их патриотизм и самопожерт-вование.

В древней Индии к самоубийству относились по-разному. Были распространены религиозные самоубийства в виде самосожжения и самоутопления. Имели место альтруистические самоубийства стариков, существовал и ряд текстов и сводов законов, которые осуждали самоубийство и предписывали бороться с ним.

Конфуцианство и даосизм в Китае, как отражено в китайском классическом труде по медицине Huang Di Nei Jing, считают жизнь дороже золота. В Ветхом Завете суицид прямо не осуждается, но по еврейским законам суицид это зло. В годы раннего христианства суицид придавал ореол великого мученичества, что вызывало большую озабоченность со стороны отцов церкви. Св.Августин (354–430 гг. н.э.) резко осуждал суицид. Суицид считается грехом, поскольку са-моубийца нарушает шестую заповедь: «Не убий». К 693 г. н.э. Церковный Собор в Толедо провозгласил, что совершившие попытку самоубийства отлучаются от церкви.

Дхармашастра (книга законов жизни в Древней Индии) однозначно осуждает самоубийства. Например, Яма Шмрити (600 г. до н.э.) говорит, что тела самоубийц должны быть осквернены. Если человек, пытавшийся себя убить, не умер, он должен заплатить штраф, а если он погиб в результате самоубийства, то штраф должны заплатить его сыновья или друзья (Thakur V., 1963). Дхармашастра осуждает суицид, однако в одной из глав говорится о дозволенных суицидах. Свя-щенные писания, например, Ману и Каутилья были против суицида. Такое отношение к суицидам существовало в Индии на протяжении веков. И сегодня попытка самоубийства по индийскому уголовному кодексу считается преступлением, хотя в находящейся по соседству Шри-Ланке суицид не является более уголовно наказуемым преступлением. Содействие и подстрекательство к суициду в Индии также уголовно наказуемы.

В настоящее время в законодательствах разных стран нет единства по вопросам о суицидах и суицидальных попытках. В США завершенный суицид ни в одном из штатов не является противозаконным актом (Victoroff V., 1963), однако в некоторых штатах законы имеют свою специфику, и в 6 штатах попытка суицида признается уголовно наказуемой. В Японии ни суицид, ни попытка суицида не считаются преступлением. На протяжении веков японский закон не запрещал суицид за исключением 18 столетия, когда многочисленные суицидальные пакты (Джоши) подвергались нападкам в драмах Чикамат- су Монземона (Takahashi Y., 1997). В Нидерландах в 1809 году был введен закон о преступлениях, влекущих за собой смерть, к которым относились и суициды, и суицидальные попытки. В Австралии суицид и попытка суицида не являются противозаконными актами. В Южной Африке

суицид также не считается преступлением, хотя и рассматривается как антиобщественное явление. На Кубе не существует законов, карающих суицид. Ирландия стала последней из европейских стран, которая вывела суицид из ранга преступлений. Это произошло в 1993 году по Акту уголовного законодательства (Суицид), который гласит: «Суицид не является преступлением». Таким образом, можно сделать вывод о том, что не только в прошлом, но и в настоящем и, по всей вероятности, в будущем будут наблюдаться значительные расхождения в законах о суициде и суидидальных попытках.

В китайском законодательстве эвтаназия не упоминается. В давние времена китайцы, переезжая с одного места на другое, оставляли старых и больных на верную смерть. Впрочем, такой обычай существовал во многих регионах мира. В VII веке знаменитый китайский монах по имени Хуан Занг (602–664 гг. н.э.) свидетельствует, что он наблюдал сцену прощания с человеком, которого топили в реке Ганг, потому что он был беден. Люди стояли на том и другом берегах реки и произносили слова прощания под звуки барабана и гонга. В Индии потопления совершались по религиозным убеждениям. Существует поверье, что, если человек умирает в Сангамане – месте, где сливаются три реки, он сможет избежать цикл рождений и смертей. Однако сегодня в Индии не существует специальных законов, касающихся содействию суициду и эвтаназии.

По японскому уголовному кодексу содействие суициду и эвтаназия считаются противозаконными. Тем не менее, случаи содействия суициду и эвтаназия имеют место и некоторые из них широко известны.

В исламе самоубийство было тяжелейшим грехом и запрещалось Кораном. Мусульмане верили, что их жизнь и

судьба предначертаны Аллахом. В связи с этим поощрялись героические самоубийства во имя Аллаха. В настоящее время в мусульманских странах уровень самоубийств очень низкий.

Буддизм категорически отвергает самоубийство. Вера в бесконечность перерождения и невозможность прекратить ее человеком, даже с помощью самоубийства, не делает последнее привлекательным. Допускались только ритуальные самоубийства монахов, ведущих аскетический образ жизни.

В христианстве четкое отношение к самоубийству сформировалось не сразу. Первым представителем церкви, осудившим суицид, был Блаженный Августин (V век). Суицид он считал убийством, нарушающим заповедь «Не убий». Католик Ф. Аквинский (1225– 1274) категорически осуждал самоубийство, так как оно нарушает закон природы, закон морали, закон Божий. Жесткие запреты христианства на самоубийство определили негативное отношение к нему в большинстве государств Европы на длительное время. В сегодняшнее время отношение к самоубийству более терпимое, толерантное.

В эпоху Возрождения отношение к самоубийству более взвешенное по сравнению со средневековым временем. М.Монтень (1533– 1592) в своих «Опытах» допускал возможность самоубийства в психологическом отношении («невыносимые боли и опасения худшей смерти являются вполне оправданными побуждениями к самоубийству») и в правовой плоскости («я не подлежу законам против убийц, когда лишаю себя жизни»).

Новое время продолжило традицию толерантного отношения к суициду, что нашло отражение в труде английского философа Д.Юма (1711 – 1776) «О самоубийстве». Д.Юм полагал, что вопрос о самоубийстве

нисколько не противоречит закону Божьему. Добровольно прекращающий свою жизнь человек не действует против промысла Божьего и не нарушает мировой гармонии.

В древней Руси до принятия христианства существовал варварский обычай – жены пережившие мужей добровольно сжигались на костре. Позднее, покончивших самоубийством хоронили отдельно от остальных. Затем самоубийство приравнивалось к уголовно наказуемому деянию. Правовед А.Кони в очерке «Самоубийство в законе и жизни» (1923) находил взаимосвязь с социальными явлениями и карающие меры в отношении самоубийц считал нецелесообразными. Особое место в русской истории занимали массовые (коллек-тивные) самоубийства, анализ которых проводил И.А.Сикорский (1842–1919). Он объяснял проблему самоубийств «борьбой ин-стинкта жизни с инстинктом смерти» и связывал их «нравственными директивами» и традициями общества. В конечном счете, массовые самоубийства были расценены как психические заболевания эпидемического характера. В конце XV века в России самоубийство становится темой права и философии, а затем и литературы. Постепенно изучение самоубийств приобретало форму научных исследований, в которых в первую очередь дискутировался вопрос – совершают самоубийства психически больные или здоровые люди. Подводя итог, можно сказать, что диапазон мнений по отношению к самоубийству чрезвычайно велик.

В русском языке конкретный термин «самоубийство» появился в 1704 году в «Лексиконе треязычном». Однако задолго до этого термина упоминание о факте убийства самого себя существовало в Кормчей книге – сборнике правил православной церкви (цит. по Ефремову Е.С., 2004).

Законодательная оценка самоубийства и покушения на самоубийство в России была предпринята в первом

нормативном документе «Запись о душегубстве», появившейся в 1456–1462 годах. В ней самоубийство приравнивалось к убийству и влекло за собой церковные наказания – лишение церковного погребения и захоронение за пределами кладбища. В первом своде систематизированных законов, получившем название «Уложение царя Алексея Михайловича» (1649), самоубийство вообще не рассматривалось и не подлежало правовой оценке. Ситуация кардинально изменилась во времена правления Петра Первого. Самоубийство и покушение на него не наказывались только тогда, когда их причиной служил голод, физические или психические болезни. Во всех остальных случаях попытка самоубийств каралась смертной казнью, а лица, покончившие с собой, подвергались церковным наказаниям (Долгов В.И., Дроздов Э.С., Рылеев А.В., 2005). Аналогичные меры предусматривались и во Врачебном уставе Свода законов Российской империи, в котором до 1857 года сохранялась статья гласившая, что «тело умышленного самоубийцы надлежало палачу в бесчестное место направить и там закопать».

Впервые в истории России в 1716 году имелось упоминание о мерах по предупреждению самоубийств. В Воинском и Морском уставах Петра содержались указания: «Ежели кто сам себя убьет, – то подлежит палачу мертвое его тело за ноги повесить; привязав к лошади, волоча по улице, в бесчестное место отволочь и закопать, дабы, смотря на то, другие такого беззакония над собой чинить не отваживались». Хотя по содержанию угроза была жесткой, но часть служивых, это, безусловно, отвадило от самоубийства.

На территории России вплоть до времени крушения империи в 1917 г. действовало Уложение в редакции 1885 г.,

предусматривавшее суровые меры наказания, заключающиеся: 1) в непризнании права сознательного самоубийцы делать предсмертные распоряжения, отчего завещания таких лиц почитались не имеющими законной силы, 2) покушавшемуся полагалось тюремное заключение сроком от полугода до года, 3) погибший лишался церковного погребения, 4) на покушавшегося накладывалось церковное покаяние (А.Ф. Кони). По статье 1474 российских законов не подвергались наказанию за самоубийство: 1) лица, лишившие себя жизни «по великодушному патриотизму, для сохранения государственной тайны», 2) женщины, лишившие себя жизни «ради сохранения целомудрия и своей чести» (Сикорский, 1913).

В варианте Уголовного уложения 1903 г. отношение к самоубийству и покушению на него оставалось неизменным, хотя и обсуждался вопрос о признании их ненаказуемым деянием.

В последующем карательные меры в отношении покушавшихся на самоубийство постепенно смягчались: их били плетьми, ссылали на каторгу, лишали церковного погребения. В 1804 году во Франции Наполеон отменил судебное преследование покушавшихся на жизнь. В последующем это же произошло и в законодательствах многих европейских стран.

С начала XX века самоубийства вошли в свод законов Российской империи и расценивались в них как уголовное преступление. Вместе с тем, отмечалась тенденция смягчения ответственности за это деяние, в частности, отмена смертной казни, а в ряде случаев – и вообще какого-либо наказания. В 1922 году в первом отечественном Уголовном кодексе самоубийства и попытка самоубийства были исключены из состава преступления. В последующих

кодексах включалась статья «За доведение до самоубийства», предусматривавшая наказание – лишение свободы сроком на 5 лет (Долгов В.И. и др., 2005), однако на практике она применялась весьма редко.

Определение самоубийства с научных позиций впервые дано в классическом труде французского социолога Э.Дюркгейма (1897, 1912): «Самоубийством называется каждый смертный случай, который непосредственно или посредственно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах. Покушение на самоубийство – это вполне однородное действие, но только не доведенное до конца». Более простое определение дал M. Farber (1968): «Самоубийство – это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни». Быстрое лишение себя жизни отличает самоубийство от саморазрушающего поведения.

«Сознательное» и «намеренное» при этом не являются синонимами, т.к. намерение лишить себя жизни может иметь и психически больной. E. Shneidman (1979) считал, что самоубийство это «человеческий акт, которым индивидуум по собственному намерению вызывает свою смерть».

Возникновение суицидологи в Термин «суицидология» впервые появился в русской научной литературе в конце XX века (Розанов П.Г., 1881), а на Западе – только в 1929 году (Shneidman E.S., 1971). Начало научных исследований в суицидологи было положено французским суицидологом Э.Дюркгеймом в фундаментальном труде под названием «Самоубийство» (1897). Являясь представителем социологического направления в изучении суицидов, Э.Дюркгейм считал, что

самоубийство происходит при нарушении взаимодействия человека и общества.

Наиболее подробно этапы и пути становления отечественной суицидологи изложены ее основоположником А. Г. Амбрумовой в 1995 году в статье «Пути и становление отечественной суицидологии», основные положения которой приводятся ниже.

Сведения о самоубийствах появились одновременно со сведениями о возникновении человеческой цивилизации. В истории человечества самоубийства оценивались по-разному: от резкого осуждения до признания достойным способом ухода из жизни. В разные исторические эпохи в различных обществах, а нередко и в различных слоях одного общества самоубийству давались противоположные моральные оценки. Отношение к этому акту находилось в зависимости от философских, религиозных, правовых и научных воззрений преобладающих в обществе.

Отдельные аспекты суицида анализировались русскими учеными еще в конце XX – начале XX вв. (В.М. Бехтерев, Н.П. Бруханский, П.Ф. Булацель, М.Н. Гернет, А.Ф. Кони, Н.П. Островский, Г.С. Петров, Л.А. Прозоров, Е.Н. Тарновский).

До 1926 г. в нашей стране имели место лишь немногочисленные работы по вопросам самоубийства в рамках психиатрической, психологической, антропологической и социологической ориентации. Большинство русских психиатров справедливо рассматривали самоубийство не только как прерогативу психической патологии (С.С. Корсаков, И.А. Сикорский, Н.И. Баженов, С.А. Суханов, В.Ф. Чиж).

В конце 20-х годов перестали печататься сведения по вопросам моральной статистики. Начиная с 30-х годов в отечественной научной литературе не появилось ни одного

сообщения, касающегося проблематики самоубийства, освещение данной проблемы носило фрагментарный характер, без попыток построения целостной теоретической системы.

Зарубежные суицидологи (Н. Крайтман, Д. Лестер, Е. Шнейдман, А. Вайсман, Н. Фарбероу, Е. Пейкель и др.) при интерпретации суицидального поведения обращаются к концепциям психоанализа, бихевиоризма, интеракционизма и тем разновидностям названных направлений, которые широко представлены в зарубежной психологии. При этом обращало на себя внимание эклектичность теоретических схем и тенденция к позитивистскому «перебору» различных обуславливающих факторов. Весьма симптоматично для современного этапа суицидологи то, что ряд крупных ученых в последнее время во-обще отказываются от попыток разработки теоретических концепций суицида и открыто демонстрируют прагматическую ориентацию, занимаясь лишь организацией превентивных служб и «кризисных центров». Естественно, что отсутствие единого концептуального подхода не способствует повышению эффективности профилактической работы.

В период 1950–1960 годов во всем мире был отмечен значительный рост числа самоубийств, в это время и утвердился термин суицидология, которым начала обозначаться многоплановая сфера теоретических и практических исследований феномена самоубийства. Однако, несмотря на очевидную актуальность проблемы в те годы и тем более в последующие, у нас в стране в течение десятилетий по иде-ологическим соображениям проблема самоубийства замалчивалась, статистика оставалась закрытой. Научный подход к изучению суицидов значительный период времени тормозился по причине того, что самоубийство «волевым» решением было отнесено

исключительно к компетенции психиатров. Необоснованность отнесения самоубийства только к сфере психиатрии была доказана последующими многочисленными исследованиями.

## СУЩНОСТЬ И СПЕЦИФИКА СУИЦИДОЛОГИИ

По определению Всемирной организации здравоохранения, «суицид – акт самоубийства с фатальным исходом; покушение на самоубийство – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода». Критерием суицида является наличие намерения прекращения собственной жизни, что и позволяет отграничить самоубийство от других видов аутоагрессивных действий (убийство, членовредительство, несчастный случай). Как правило, термины «самоубийство» и «суицид» применяются как синонимы.

На сегодняшний день существует множество различных суицидологических терминов. Здесь представлены только некоторые из них.

Суицидальное поведение – это вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с со-бой (цель – смерть, мотив – разрешение или изменение пси-хотравмирующей ситуации путем добровольного ухода из жизни), то есть любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Таким образом, критериями суицидального поведения являются: 1) намерение лишить себя жизни; 2) знание последствий предпринимаемых действий.

Самоубийство – осознанное намеренное лишение себя жизни.

Суицидальная попытка – оперирование средствами лишения себя жизни не приведшая к смерти.

Суицидальный риск – потенциальная готовность покончить с собой.

Самоповреждение – умышленное нанесение себе телесных повреждений. Самоповреждения, не направленные на лишение себя жизни (либо не направленные представлением о смерти), не относятся к суицидальному поведению.

Суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта (Амбрумова А.Г., 1974). В формировании суицидального поведения принимают участие биологические факторы, личностно-психологические особенности и стрессы личной жизни (критические жизненные ситуации)

Социально-психологическая дезадаптация личности обнаруживается у всех суицидентов. Объективно она проявляется изменением поведения человека, заметного для ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями. Субъективно же выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных изменений – от негативно окрашенных психологических переживаний (тоскливости, тревожных опасений, горя, отчаяния, душевной боли, гнева, злобы) до клинически выраженных психопатологических расстройств. Внутренними формами суицидального поведения являются суицидальные фантазии, замыслы и намерения, а внешними – суицидальные действия. Суицидальные действия, в свою очередь, подразделяются на суицидальные попытки и

завершённые самоубийства. Выделяют истинные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

Истинное суицидальное поведение – это осознанные действия, целью которых является совершение акта самоубийства, желание лишить себя жизни. Демонстративно-шантажное поведение относится к суицидальному с некоторой долей условности, поскольку здесь имеет место сознательная манипуляция жизнеопасными действиями. Личностный смысл подобных попыток состоит в оказании психологического давления на окружающих значимых лиц с целью изменения конфликтной ситуации в благоприятную для суицидента сторону (разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей и т.п.). Целью может быть и наказание обидчика, чтобы таким способом доставить ему серьезные неприятности.

При таких попытках суицидент понимает, что его действия не должны повлечь за собой смерть, и для этого предпринимает определённые меры предосторожности. Обычно такие попытки совершаются в присутствии окружающих. На демонстративно-шантажный характер суицидальных действий указывают и способы их реализации, среди которых преобладают самопорезы предплечий (как правило, множественные и поверхностные) и самоотравления лекарственными средствами, не опасными для жизни. Использование огнестрельного оружия встречается крайне редко, хотя угроза его применения довольно широко распространена. Под внешним выражением чувств скрывается сознательная манипуляция окружающими и обстоятельствами. Тем не менее, это поведение может приводить к трагическим последствиям (серьезным увечьям и даже к смертельному исходу), когда

различного рода случай-ности и неправильный расчет определяют конечный результат попытки.

Суицидальные действия с высоким риском реализации суицида, совершенные в состоянии эмоционального напряжения, без предварительного продумывания обстоятельств суицида, относят к аффективному суицидальному поведению.

Среди суицидальных попыток выделяют прерванные суицидальные попытки (прерванный парасуицид) – осознанное действие, направляемое представлением о своей смерти, но прерванное внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение) и абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид) – акт, предпринятый с целью самоубийства, но прерванный непосредственно самим субъектом.

В отличие от суицидального поведения, самоповреждения (или членовредительства) обычно не направляются представлениями о смерти. Опасные для жизни действия, направляемые иными целями, следует относить к несчастным случаям.

Как правило, суицидальное поведение в своём развитии проходит через ряд последовательных этапов.

На первом этапе суицидального поведения наблюдается период, который характеризуется снижением адаптационных способностей. Это может проявляться в снижении успеваемости, уровня интересов, ограничении общения, повышенной раздражительности и эмоциональной неустойчивости.

В этот период у потенциального суицидента возникают пассивные суицидальные мысли. Примером являются высказывания типа: «Чем так жить, лучше умереть», «Хорошо бы стало, если бы меня не стало»,

«Хотелось бы заснуть и не проснуться». Часто такие высказывания недооцениваются руководством или воспринимается в демонстративно-шантажном аспекте. При отсутствии изменений в лучшую сторону беспокоящих его жизненных обстоятельств, раз-вивается следующий этап, когда на смену пассивным приходят активные суицидальные мысли (суицидальные замыслы).

Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности – разработка плана самоубийства (продумывается способ, выбирается время и место действия). Как правило, в этот период отмечаются высказывания о своих намерениях. В поведении сохраняются признаки дезадаптации. Человек не справляется со служебными обязанностями, часто держится замкнуто. На замечания может реагировать фразами типа: «Скоро я перестану доставлять вам проблемы...». Одной из важных особенностей человека на этих двух этапах является амбивалентное (разнонаправленное) отношение к самоубийству. Он стремится найти человека, с которым можно поделиться своими сомнениями, получить сочувствие. Если в этот период у него найти желаемое не получиться, реакции руководства не последует, и данное лицо не будет отправлено на осмотр к специалисту, убеждённость в необходимости покончить с собой, ощущение безнадёжности и безысходности усилится и суицидальные замыслы достигнут степени суицидальных намерений.

На третьем этапе (этапе суицидальных намерений) происходит присоединение к замыслу о суициде сформированного решения и включение волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению суицидальных действий. После принятия решения о совершении суицида свои переживания начинают

скрываться, поведение становится формально правильным. Окружающим следует помнить, что неожиданная, «беспричинная» смена рисунка по-ведения человека, ранее проявлявшего признаки дезадаптации, – настораживающий признак усиления суицидальной опасности, за которым может последовать суицидальный акт. В этот период характерным (хотя и не всегда) становится стремление человека «завершить дела», часто он «неожиданно» отдаёт сослуживцам личные вещи, которыми ранее дорожил. При этом следует подчеркнуть, что в момент перехода человека с суицидальным поведением на этап суицидальных замыслов, шансов предотвратить суицидальное действие становится крайне мало, т.к. смена рисунка поведения часто расценивается окружающими скорее как признак того, что он «наконец-то взял себя в руки», чем как симптом неотвратимости суицида.

Время от появления пассивных суицидальных мыслей до суицидального акта называется пресуицидальным периодом. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или неделями (хронический пресуицид). При острых пресуицидах возможно внезапное проявление суицидальных замыслов и намерений сразу, без предшествующих ступеней.

Временной промежуток после совершения суицидальной попытки называется постсуицидальным периодом. Любой человек, совершивший суицидальный акт, должен быть незамедлительно отправлен на осмотр психиатром, который, как правило, рекомендует стационарное обследование.

Одной из самых сложных задач суицидологии остаётся поиск ответа на вопрос: «Почему люди совершают суицид?». Провоцирующих суицидальное поведение причин достаточно много, и в основе каждой из них лежит тот или

иной конфликт, переживание которого является решающим фактором при принятии решения о самоубийстве. Конфликт образуется из двух разноплановых тенденций, одну из которых составляет основная актуальная потребность (мотив, намерение, побуждение) человека, а другую – тенденция, препятствующая её удовлетворению или реализации.

Конфликтная ситуация приобретает характер суицидоопасной, когда человек осознает её как высокозначимую, а свои возможности – как недостаточные для её преодоления. Переживание при этом чувства безнадежности заставляет воспринимать суицидальные действия как единственно возможный для себя выход. Различают конфликты внутренние, внешние и смешанные.

Внутренний конфликт образуется, когда обе противоборствующие тенденции располагаются во внутриличностном плане – долг и страсть, желание и ограниченные личностные ресурсы для его реализации.

Внешний конфликт возникает, когда одна из составляющих его тенденций располагается вне личности и представляет собой элемент внешней ситуации, являющийся препятствием для актуализации потребности – запрет, приказ, требование и т.д.

Часто конфликт носит смешанный характер, когда существуют противоборствующие с актуальным мотивом или потребностью как внутриличностные тенденции, так и внешние факторы.

Конфликты, лежащие в основе суицидального поведения, могут быть классифицированы следующим образом:

1. Конфликты, обусловленные спецификой деятельности:

– трудности или негативные результаты выполнения конкретной служебной задачи;

– межличностные конфликты с другими сотрудниками;

– служебные и межличностные конфликты со своими начальниками (подчиненными);

– неудачи в освоении специальности.

2. Конфликты, обусловленные спецификой личностно-семей - ных взаимоотношений:

– несправедливое отношение (оскорбление, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих;

– «неразделенная» любовь, ревность, измена любимой девушки или жены, развод;

– тяжелая болезнь или смерть близких:

– препятствия к удовлетворению актуальной ситуационной потребности;

– неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых лиц»;

– одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;

– недостаток внимания и заботы со стороны окружающих;

– интимно-сексуальные конфликты (половая несостоя-тельность).

3. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:

– опасение уголовной ответственности;

– боязнь презрения окружающими в связи с асоциальным поступком.

4. Конфликты, связанные с состоянием здоровья:

– соматические (телесные) заболевания, особенно социально-порицаемые заболевания (сифилис, СПИД и т.д.);

– физические недостатки (дефекты речи, особенности внешности, воспринимаемые как недостатки), слабое физическое развитие;

– нервно-психическая неустойчивость.

5. Материально-бытовые трудности.

Перечисленные конфликты фактически являются поводами суицидального поведения.

Существуют различные факторы суицидального риска, но для профилактики суицидальных происшествий, прежде всего, имеют значение индивидуально-личностные особенности. К характерным личностным особенностям потенциальных суицидентов можно отнести:

– неуверенность в себе, несамостоятельность;

– низкий или заниженный уровень самооценки;

– завышенная потребность в самореализации;

– склонность к самообвинению, преувеличению своей вины;

– импульсивность, эмоциональная неустойчивость;

– инфантильность, незрелость личности;

– несформированные механизмы психологической защиты;

– уменьшение или утрата ценности жизни;

– сниженные способности приспосабливаться к трудностям. Изменение привычного стереотипа поведения имеют для таких

лиц большое субъективное значение. При столкновении с негативными жизненными обстоятельствами они теряются и считают, что самоубийство является единственным выходом из создавшейся ситуации. При этом у некоторых из них пусковыми факторами для самоубийства могут служить следующие события:

– негативная оценка руководством служебной деятельности;

– разрыв близких отношений, отказ девушки;

– изменение психического состояния, вызванное употреблением психоактивных веществ или алкоголя;

– разлука со старыми друзьями;

– пребывание в одиночестве, наедине со своими мыслями и переживаниями, касающимися себя или семьи;

– финансовые трудности (долги, кредиты);

– новые назначения по службе;

– переживания, связанные с недавней потерей близкого человека (например, в связи с его смертью).

– потеря уважения к себе или снижение общественного (служебного) положения; унижение;

– увольнение.

Руководству следует особенно внимательно относиться к лицам со следующими биографическими характеристиками:

– совершение суицидных попыток ранее;

– случаи суицидального поведения со стороны родственников;

– наличие психически больных в семье;

– отсутствие отца в раннем возрасте;

– «матриархальный» стиль отношений в семье (сильное влияние матери);

– отсутствие внимания, отверженность в детском и подростковом возрасте;

– развод родителей;

– чрезмерная опека, воспитание по типу «кумир семьи»;

– частые скандалы в семье;

– воспитание в детском доме;

– серия неудач в решении подростковых проблем;

– побеги из дома;

– частые смены мест учебы и/или работы;

– злоупотребление алкоголем и/или наркотическими веще-ствами;

– неудачи в обучении, изоляция в коллективе.

Кроме представления об основных факторах суицидального риска для предотвращения суицидальных происшествий важно знание внешних признаков суицидального риска, предшествующих совершению суицида.

Для предотвращения суицидальных действий необходимо обращать внимание на характерные признаки подготовки к самоубийству, которые можно разделить на три группы: словесные, поведенческие и ситуационные.

Словесные признаки:

- Прямые и явные заявления о смерти: «Я собираюсь покончить с собой»; «Я не могу так дальше жить».
- Косвенные намеки о суицидальном намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой»; «Вам больше не придется обо мне волноваться».
- Многочисленные «шутки» на тему самоубийства.
- Проявление нездоровой заинтересованности вопросами смерти.

Поведенческие признаки:

- Раздача вещей, имеющих большую личную значимость, окончательное приведение в порядок дел, прощение обид и т.п.
- Радикальные перемены в поведении, изменения в привычках, внешнем виде: появление неряшливости, пропуск занятий, невыполнение заданий,

избегание общения с однокурсниками, раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, отгороженность от друзей, семьи, чрезмерная (нехарактерная ранее) деятельность или, наоборот, безразличие к окружаю-щему, внезапные приступы подавленности. Нарастание признаков беспомощности, пассивности, безнадежности, отчаяния и обиды.

Ситуационные признаки:

- Социальная изоляция (отсутствие друзей), чувство отвер-женности.
- Жизнь в нестабильном окружении (серьезный кризис в семье, в отношениях с родителями или родителей друг с другом);
- Злоупотребление алкоголем;
- Интимные проблемы, служебные конфликты или неприятности.
- Ощущение себя жертвой насилия – физического, сексуального или эмоционального.
- Попытки суицида раньше.
- Совершение самоубийства кем-то из друзей, знакомых или членов семьи.
- Переживание тяжелой потери (смерти кого-то из близких, развода родителей).
- Излишне критическая настроенность по отношению к себе.

Резюмируя представленные сведения, целесообразно выделить наиболее важные признаки, свидетельствующие о суицидальной угрозе:

– открытые высказывания о желании покончить с собой (товарищам, в письмах родственникам, близким людям, знакомым);

– косвенные «намеки» на возможность суицидальных действий – «репетиция самоубийства» (публичная демонстрация петли из брючного ремня, веревки и т. п.; «игра» с оружием с имитацией самоубийства);

– активная предварительная подготовка, целенаправленный поиск средств покончить с собой и создание соответствующих условий (накапливание лекарственных средств, оставление и утайка патронов после учебных стрельб, поиск и хранение отравляющих жидкостей, укрепление веревки и т. д.);

– фиксация внимания на примерах самоубийства (повышенный интерес, частые разговоры о самоубийствах вообще);

– нарушение межличностных отношений, сужение круга контактов в коллективе, стремление к уединению;

– чрезвычайно настойчивые просьбы о переводе в другое подразделение, о госпитализации, предоставлении отпуска по семейным обстоятельствам;

– изменившийся стереотип поведения: несвойственная замкнутость и снижение двигательной активности у подвижных, общительных («зловещее спокойствие» и собранность), возбужденное поведение и повышенная активность, общительность у малоподвижных и молчаливых;

– внезапное проявление несвойственных ранее черт аккуратности, откровенности, щедрости (раздача личных вещей: фотоальбомов, часов, радиоприемников, обмундирования и т. п., которая зачастую сопровождается символическим прощанием);

– утрата интереса к окружающему (вплоть до полной отрешенности).

– размышления на тему самоубийства могут приобретать «художественное» оформление: в записной

книжке, тетради для занятий изображаются рисунки, иллюстрирующие депрессивное состояние (например, гробы, кресты, виселицы т. п.).

Следует помнить, что доброжелательное отношение к человеку, находящемуся в кризисном состоянии, уменьшает эмоциональное напряжение, способствует установлению контакта, продуктивному поиску выхода из кризиса, устранению суицидальных тенденций и сохранению жизни.

## СКЛОНЕНИЕ К СОВЕРШЕНИЮ САМОУБИЙСТВА

УК РСФСР1922 г.[1] не предусматривал уголовной ответственности за доведение до самоубийства. Статья 148 указанного кодекса предусматривала уголовную ответственность за содействие или подговор к самоубийству. Причём речь шла о самоубийстве несовершеннолетнего или лица, заведомо неспособного понимать свойства или значение им совершаемого или руководить своими поступками. Ещё одно условие наступления уголовной ответственности по данной статье - самоубийство было оконченным преступлением или было прекращено на стадии покушения. При этом стадия приготовления к преступлению здесь не указывается. В случае приготовления к содействию или подговору к самоубийству ответственность наступала со ссылкой на ст. 12, если оно (приготовление) само по себе является наказуемым действием. По смыслу законодателя содействие или подговор к самоубийству иных лиц, помимо указанных в ст. 148, не признавалось преступлением.

[1] Постановление ВЦИК от 1 июня 1922 года «О введении в действие Уголовного Кодекса Р.С.Ф.С.Р.» // СУ РСФСР. - 1922. - № 15. - Ст. 153.

УК РСФСР 1926 г.[2] дополнил вышеуказанную норму и ввёл уголовную ответственность за доведение лица, находящегося в материальной или иной зависимости от другого лица, жестоким обращением последнего или иным подобным путём до самоубийства или покушения на него (ст. 141). То есть, если лицо было доведено до самоубийства, при этом оно не находилось в материальной или иной зависимости от виновного, последний не нёс никакой ответственности.

УК РСФСР 1960 г.[3] дополнил состав доведения до самоубийства таким способом совершения преступления, как систематическое унижение личного достоинства потерпевшего. Так же, как УК РСФСР 1926 г., ст. 107 УК РСФСР 1960 г. не выделяла в качестве потерпевшего несовершеннолетнего или лица, заведомо неспособного понимать свойства или значение им совершаемого или руководить своими поступками.

УК РФ 1996 г.[4] в ст. 110 «Доведение до самоубийства» уже не предусматривает такого способа доведения до самоубийства, как содействие или подговор к самоубийству. Обязательное условие наступления уголовной ответственности по ст. 110 - угрозы, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства потерпевшего. Статус потерпевшего теперь предусмотрен в

---

[2] Постановление ВЦИК от 22.11.1926 «О введении в действие Уголовного Кодекса РСФСР редакции 1926 года» (вместе с Уголовным Кодексом РСФСР) // СУ РСФСР. - 1926. - № 80. - Ст. 600.

[3] Уголовный кодекс РСФСР (утв. ВС РСФСР 27.10.1960) (ред. от 30.07.1996) // Ведомости ВС РСФСР. - 1960. - № 40. - Ст. 591.

[4] Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 23.04.2018) / / Собрание законодательства РФ. - 1996. - 17 июня. - № 25. - Ст. 2954.

качестве квалифицирующих признаков (ч. 2 ст. 110 УК РФ): несовершеннолетний или лицо, заведомо для виновного находящееся в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного; женщина, заведомо для виновного находящаяся в состоянии беременности.

В доктрине уголовного права существуют различные суждения относительно возможных форм и видов вины по отношению к самоубийству или покушению на самоубийство потерпевшего. Одни теоретики допускают любую форму вины[5]. Другие полагают, что субъективная сторона доведения до самоубийства может быть выражена в виде прямого или косвенного умысла, третьи указывают на возможность совершения данного преступления лишь с косвенным умыслом и по неосторожности[6]. Есть ученые, полагающие, что «у виновного может быть только неосторожная форма вины»[7].

Федеральным законом от 7 июня 2017 г. № 120-ФЗ в действующий Уголовный кодекс Российской Федерации (далее - УК РФ) внесены существенные изменения и дополнения, ужесточающие уголовную ответственность за доведение до самоубийства (ст. 110 УК РФ). Установлена уголовная ответственность за склонение к совершению самоубийства, содействие совершению самоубийства (ст. 110.1 УК РФ) и организацию деятельности, направленной на

[5] Кондрашова Т.В. Проблемы уголовной ответственности против жизни, здоровья, половой свободы и поло-вой неприкосновенности. Екатеринбург, 2000. С. 192.

[6] Бородин С.В. Преступления против жизни. М.: Юристъ, 1999. С. 252.

[7] Уколова Ю. А. Форма вины при доведении до самоубийства // Российский следователь. 2007. № 12.

побуждение к совершению самоубийства (ст. 110.2 УК РФ)[8]. Ученые, анализирующие законодательные новеллы, подчеркивают неоднозначность их содержания, прогнозируют возникновение новых дискуссий относительно их толкования и применения как, впрочем, и продолжение обсуждения традиционных проблем.

Жизнь как объект уголовно-правовой охраны защищается нормами не только гл. 16 УК РФ. Непосредственный объект преступлений против жизни - общественные отношения, складывающиеся в сфере реализации конкретным человеком права на жизнь и обеспечения её безопасности. Уголовный закон охраняет жизнь каждого человека[9], т. к. человек имеет естественное право на жизнь

Объективная сторона убийства выражается в причинении смерти другому человеку и, как правило, осуществляется путём активных действий, которые могут быть физическими (нанесение ранений, удушение, сбрасывание с высоты и т. п.) и психическими (умышленное сообщение лицу, страдающему сердечно-сосудистым заболеванием, информации, способной вызвать сильное переживание и привести к смерти). Убийство может быть совершено и путём бездействия. Ответственность за бездействие возможна при условии, что виновный должен был и мог выполнить те или иные действия, направленные

[8] О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению: Федеральный закон от 7 июня 2017 г. № 120-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2017. № 24. Ст. 3489.

[9] Российское уголовное право. Особенная часть : учебник для ву¬зов / под ред. В.П. Коняхина и М.Л. Прохоровой. - М. : Проспект, 2015. - 928 с. - С. 76-77.

на сохранение жизни потерпевшего. Обязательный признак объективной стороны - наступление смерти. Следует отметить, что способ совершения убийства в ч. 1 ст. 105 УК РФ не предусмотрен и не влияет на квалификацию, кроме способов, предусмотренных ч. 2 ст. 105 УК РФ. Между деянием и смертью потерпевшего должна быть установлена причинно-следственная связь. Это означает, что смерть человека должна явиться необходимым и закономерным результатом действий (бездействия) виновного, а не случайным его последствием.

Объективная сторона доведения до самоубийства заключается в активных действиях (реже - бездействии) виновного, провоцирующих (причинно обусловливающих) самоубийство другого человека. Обязательные признаки объективной стороны: а) угрозы; б) жестокое обращение с потерпевшим; в) систематическое унижение его человеческого достоинства[10]. Перечень способов доведения до самоубийства - исчерпывающий.

Между фактом самоубийства (покушением на него) и деянием виновного должна существовать причинная связь, т. е. должно быть установлено, что именно действия (бездействие) лица явились той непосредственной причиной, которая толкнула потерпевшего на самоубийство. Если же оно последовало в результате иных причин (например стресса, вызванного осложнениями на работе, разрывом семейных отношений, психического заболевания), состав преступления отсутствует. Преступное деяние будет окончено как с момента биологической смерти, так и с момента покушения на самоубийство.

[10] Батычко В.Т. Уголовное право. Особенная часть : учебник / В.Т. Батычко. - Таганрог : ИТА ЮФУ, 2015. - 942 с. – С.51.

Для убийства и доведения до самоубийства характерен прямой и косвенный умысел. При наличии прямого умысла содеянное должно рассматриваться как убийство[11]. Однако в литературе имеются иные высказывания относительно формы вины по ст. 110 УК РФ. Н.И. Загородников высказывал мнение о том, что «при наличии у виновного умысла на доведение до самоубийства все совершённое надлежит рассматривать как убийство особым способом»[12]. По мнению С.В. Бородина, в тех случаях, когда «лицо ставит себе цель довести другое лицо до самоубийства, создаёт для этого все необходимые условия, содеянное следует квалифицировать как убийство, которое будет характеризоваться особым способом его совершения»[13].

Таким образом, существует тонкая грань при разграничении убийства и самоубийства. Последствие для данных преступлений одно - смерть. В связи с тем что на практике возникают трудности при доказывании факта доведения до самоубийства, уголовные дела прекращаются за отсутствием состава преступления. Новая редакция ст. 110 УК РФ «Доведение до самоубийства», появление таких новых составов, как «Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства» (ст. 110.1 УК РФ) и «Организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства»

---

[11] Трифанов В.В. Уголовное право Российской Федерации. Особенная часть : учебное пособие / В.В. Трифанов. - Тюмень : Изд-во Тюменского государственного университета, 2011. - 388 с. - с. 79.

[12] Загородников Н.И. Преступления против жизни по советскому уголовному праву / Н.И. Загородников. - М. : Госюриздат, 1961. - 278 с. - С. 101.

[13] Бородин С.В. Преступления против жизни / С.В. Бородин. - М. : Юристъ, 2001. - 356 с.

(ст. 110.2 УК РФ), способствуют предупреждению совершения самоубийств, а также правильной квалификации таких преступных деяний. Необходимо соблюдать принципы законности и справедливости, правильно понимать субъективные признаки деяния, позволяющего квалифицировать его как убийство или самоубийство.

Традиционно дискуссионным был и остается вопрос о формах и видах вины в составе доведения до самоубийства (ч. 1 ст. 110 УК РФ).

Судебная практика также отличается разнообразием в части оценки субъективного отношения виновного лица к содеянному и наступившим последствиям. Указывается на возможность совершения преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 110 УК РФ (в ред. ФЗ от 07.06.2017 № 120-ФЗ), и умышленно, и по неосторожности.

Так, дополнение ст. 110 УК РФ ч. 2, по мнению Н.Е. Крыловой, делает невозможным совершение самоубийства не только по неосторожности, но и с косвенным умыслом, ибо наличие таких квалифицирующих признаков, как заведомость, публичность характера действий, а также групповой способ совершения преступления «означает отсутствие безразличного отношения»[14]. Следовательно, подчеркивает далее автор, может быть поставлен вопрос о совершении этого преступления «исключительно с прямым умыслом».

В качестве другого аргумента, свидетельствующего об умысле как единственно возможной форме вины, приводится факт употребления законодателем в абз. 1 ч. 2

[14] Крылова Н.Е. Ответственность за доведение до самоубийства и причастность к самоубийству другого лица по уголовному праву Российской Федерации: оценка законодательных новелл // Уголовное право. 2018. № 1. С. 78

ст. 110 УК РФ слов: «То же деяние, совершенное», после чего перечисляются соответствующие квалифицирующие признаки. Таким образом, «если квалифицирующие признаки характеризуют только умышленное совершение преступления, то и деяние не может быть иным»[15].

Иной подход к анализу субъективных признаков состава преступления, предусмотренного ст. 110 УК РФ, предполагающий возможность совершения данного преступления с любой формой вины, имеет под собой как законодательную основу, так и достаточно четко выраженную позицию Верховного Суда РФ. Последняя нашла отражение в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 18 октября 2012 г. № 21 (в редакции от 30.11.2017 г. № 49) «О применении судами законодательства об ответственности за нарушения в области охраны окружающей среды и природопользования».

Несмотря на конкретную цель постановления, состоящую в обеспечении единства судебной практики применения законодательства в указанной выше сфере, позиция Верховного Суда РФ относительно понимания содержания и смысла правовых норм Общей части УК РФ (в данном случае ч. 2 ст. 24 УК РФ) имеет более общее значение и, следовательно, ею следует руководствоваться в ходе применения уголовно-правовых норм других институтов Особенной части уголовного закона. Так, в соответствии с п. 4 указанного постановления, «исходя из положений ч.2 ст. 24 УК РФ, если в диспозиции статьи главы 26 УК РФ форма вины не конкретизирована, то

[15] Крылова Н.Е. Ответственность за доведение до самоубийства и причастность к самоубийству другого лица по уголовному праву Российской Федерации: оценка законодательных новелл // Уголовное право. 2018. № 1. С. 78

соответствующее экологическое преступление может быть совершено умышленно или по неосторожности при условии, если об этом свидетельствует содержание деяния, способы его совершения и иные признаки объективной стороны экологического преступления. Например, преступления, предусмотренные статьей 246, частью 2 статьи 247, частью 1 статьи 248, частями 1 и 2 статьи 250 УК РФ, могут быть совершены как умышленно, так и по неосторожности ...»[16]. .

Таким образом, сложившаяся на сегодняшний день судебная практика применения ст. 110 УК РФ, признающая в равной мере возможность совершения данного преступления как умышленно, так и по неосторожности, имеет под собой указанное выше правовое основание.

Поскольку основной состав доведения до самоубийства или покушения на самоубийства не исключает совершения преступления как умышленно, так и по неосторожности, следовательно, и в части квалифицированного его вида в той же мере допустимо совершения преступления с любой формой вины.

Безусловно, доведение до самоубийства или до покушения на самоубийство несовершеннолетнего или лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного; женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, либо совершенное группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, возможно лишь с умыслом, причем прямым. Действительно, указанные выше квалифицирующие признаки «характеризуют только умышленное совершение

[16] О применении судами законодательства об ответственности за нарушения в области охраны окружающей среды и природопользования»: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 18.10.2012 г. № 21 (в редакции от 30.11.2017 г. № 49). URL: http://www.vsrf.ru/.

преступления», как совершенно справедливо отмечает Н.Е. Крылова [10. С. 78], но в то же время доведение до самоубийства или до покушения на самоубийство, имевшее место в отношении двух или более лиц (п. «в» ч. 2 ст. 110 УК РФ) либо в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении, средствах массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетях (включая сеть «Интернет»), что предусмотрено п. «д» ч. 2 ст. 110 УК РФ, не исключает как неосторожную форму вины, так и косвенный умысел, что в полной мере соответствует положениям ч. 2 ст. 24 УК РФ и позиции Верховного Суда РФ.

Законодательная регламентация новых видов вовлечения в самоубийство, предусмотренных ст. 110.1 и 110.2 УК РФ, также дает основание для неоднозначных оценок. В работах, уже опубликованных по данной тематике, прогнозируются сложности применения этих статей, обусловленные отсутствием единых стандартов толкования данных составов[17], должной определенности описания новых оснований ответственности[18], что вряд ли будет способствовать формированию единообразной правоприменительной практики.

Многие положения указанных законодательных новелл, равно как и варианты предлагаемого доктринального их толкования, представляются интересными, но не всегда бесспорными. Так, в

[17] Егорова Н. Новое в уголовно-правовой охране жизни человека // Уголовное право. 2017. № 6. С. 11.

[18] Шарапов Р. Квалификация преступлений, связанных с вовлечением в самоубийство и иное опасное для жизни поведение // Уголовное право. 2017. № 6. - С. 78.

соответствии со ст. 110.2 УК РФ предусмотрена уголовная ответственность за организацию деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства путем распространения информации о способах совершения самоубийства или призывов к совершению самоубийства. Характерной особенностью данного состава, отличающей его от иных видов вовлечения в самоубийство, является обращенность к неопределенному кругу лиц. Данное обстоятельство свидетельствует о ненаказуемости самой деятельности, указанной в диспозиции ч. 1 ст. 110.2 УК РФ, несмотря на очевидную общественную опасность таковой, более чем достаточную для положительного решения вопроса о ее криминализации. Причем подчеркивается факт ненаказуемости данной деятельности именно в рамках ч. 1 ст. 110.2 УК РФ, с чем нельзя не согласиться.

В целом составы ст. 110 и 110.1 УК РФ предполагают наличие конкретного потерпевшего (потерпевших), но, как представляется, за некоторым исключением. Имеется в виду закрепленный в п. «д» ч. 3 ст. 110.1 УК РФ квалифицированный вид склонения к совершению самоубийства и содействия его совершению в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении, средствах массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетях (включая сеть «Интернет»). Аналогичный квалифицирующий признак предусмотрен и в ч. 2 ст. 110.2 УК РФ.

Характеристика деяния как публичного предусмотрена в качестве конструктивного признака в некоторых составах преступлений, расположенных в разных разделах и главах Особенной части УК РФ (например, ст.128.1, 280, 280.1, 354). Тем не менее его смысловое значение не должно зависеть от конкретных юридических

признаков каждого состава, определяющих его социально-правовую сущность.

Так, применительно к клевете (ст. 128.1 УК РФ) публичность означает распространение сведений при условиях, позволяющих воспринимать их многочисленной аудиторией, неопределенным кругом лиц. Публично демонстрирующееся произведение - это разнообразным способом изготовленное и выпущенное в продажу, прокат или на всеобщее обозрение произведение. К таковым можно отнести книги, кинофильмы, видео- и компакт-кассеты и диски, плакаты, носители компьютерной информации и т.п. Средствами массовой информации являются телевидение, радио, газеты и журналы, Интернет.

Публичные призывы к развязыванию агрессивной войны также означают обращение к неограниченному кругу лиц и могут выражаться в осуществлении в присутствии многих лиц; могут определяться местом и обстановкой совершения деяния (митинг, конференция), способом (демонстрация фильмов, размещение информации на открытом сайте в Интернете и т. д.).

Таким образом, использование указанных в п. «д» ч. 3 ст. 110.1 УК РФ публичных форм вовлечения в самоубийство существенным образом расширяет аудиторию, информируемую как о способах его совершения, так и воспринимающую призывы к совершению самоубийство в качестве руководства к действию. Указанные действия могут быть непосредственно направлены на побуждение намерения у конкретного лица лишить себя жизни и, следовательно, совершаются с прямым умыслом. Одновременно оказывается соответствующее психическое воздействие на неопределенный круг лиц, что не может не охватываться

сознанием виновного, обращающегося к публичным формам распространения соответствующей информации. В последнем случае можно говорить о совершении преступления, как минимум, с косвенным умыслом (нельзя исключить и неосторожную форму вины).

Следовательно, преступление, предусмотренное п. «д» ч. 3 ст. 110.1 УК РФ, предполагает как наличие конкретного потерпевшего, так и обращенность к неопределенному кругу лиц. Последнее обстоятельство дает основание не согласиться с категорическим утверждением Н. Егоровой о ненаказуемости самой деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства путем распространения информации о способах совершения самоубийства или призывов к совершению самоубийства, указанной в диспозиции ч. 1 ст. 110.2 УК РФ.

Если преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 110.2 УК РФ, отнесено к категории особо тяжких (наказывается лишением свободы на срок от пяти до пятнадцати лет), то ч. 3 ст. 110.1 УК РФ - преступление средней тяжести (помимо лишения свободы на срок до четырех лет в качестве основного наказания могут быть назначены и принудительные работы на этот же срок).

Характер общественной опасности склонения к совершению самоубийства или содействия совершению самоубийства, совершаемые публичным способом, ориентированным на восприятие информации неограниченным кругом лиц, объективно сопоставим с общественной опасностью преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 110.2 УК РФ.

Сравнительный анализ объективных признаков склонения к совершению самоубийства, а также содействия его совершению (ч. 1, 2 ст. 110.1 УК РФ) с содержанием

деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства путем распространения информации о способах совершения самоубийства или призывов к его совершению (ч. 1 ст. 110.2 УК РФ), позволяет сделать вывод, что в чч. 1, 2 ст. 110.1 УК РФ предусмотрены конкретные способы вовлечения в самоубийство, охватывающиеся, в то же время, диспозицией ч. 1 ст. 110.2 УК РФ, но ими не исчерпывающиеся.

Таким образом, в случае организации лицом деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства путем распространения информации о способах совершения самоубийства или призывов к совершению самоубийства, сопряженной с публичным выступлением, использованием публично демонстрирующегося произведения, средств массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетей (включая сеть Интернет), оно подлежит ответственности по ч. 2 ст. 110.2 УК РФ. Но если лицо не ограничилось лишь организацией данной деятельности указанными способами, но осуществляет ее этими же способами, то есть объективно ориентированными на неопределенный круг лиц, представляется, что содеянное содержит реальную совокупность преступлений. Действия такого лица подлежат квалификации по ч. 2 ст. 110.2 и п. «д» ч. 3 ст. 110.1 УК РФ.

В случае же организации лицом деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства путем распространения информации о способах совершения самоубийства или призывов к совершению самоубийства, сопряженной с публичным выступлением, использованием публично демонстрирующегося произведения, средств массовой информации или информационно-

телекоммуникационных сетей (включая сеть «Интернет»), с последующим ее осуществлением указанными способами, повлекшей самоубийство двух или более лиц, также имеет место реальная совокупность преступлений. Содеянное лицом подлежит квалификации по ч. 2 ст. 110.2 и ч. 6 ст. 110.1 УК РФ.

Правовой основой такого решения служит ч. 4 ст. 110.1 УК РФ, устанавливающая ответственность за деяния, предусмотренные частью первой или второй настоящей статьи, повлекшие самоубийство или покушение на самоубийство, и ч. 6, регламентирующая ответственность за совершение деяний, предусмотренных частями первой, второй или третьей настоящей статьи, повлекшие самоубийство двух или более лиц.

Таким образом, состав доведения до самоубийства существенно ограничивает пределы ответственности за поведение, связанное с самоубийством другого лица.

1. Объективную сторону образует только существенное воздействие на потерпевшего: угрозы, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства потерпевшего. «Иные способы, даже если они привели к самоубийству или покушению на него, не могут влечь ответственность по ст. 110»[19]

2. Должны наступить общественно опасные последствия: самоубийство или покушение на самоубийство потерпевшего (при этом под покушением понимается истинная попытка суицида - акт, потенциально направленный против себя и совершенный с присутствием

[19] Кругликов Л.Л. Практикум по уголовному праву. Общая часть. Особенная часть. Учебное пособие. М., 2002. 223 с. , с. 153

желания уйти из жизни, а не имитация попытки самоубийства с целью воздействия на других лиц);

3. Возможна вина только в виде прямого или косвенного умысла. Законодатель прямо не указывает в ст. 110 УК РФ форму вины, однако исходя из толкования признаков объективной стороны «доведение», «путем» можно вести речь только об умысле.

На такой же позиции стоит судебная практика. Суды указывают, что «согласно закону уголовной ответственности за доведение до самоубийства подлежит лицо, совершившее это преступление с прямым или косвенным умыслом. Виновный сознает, что указанным в законе способом принуждает потерпевшего к самоубийству, предвидит возможность или неизбежность лишения им себя жизни и желает (прямой умысел) или сознательно допускает наступление этих последствий либо относится к ним безразлично (косвенный умысел)»[20].

Примером доведения до самоубийства с прямым умыслом является следующее уголовное дело. Между Зиминым и К. в подвале дома возникла ссора из-за того, что К. рассказал о хищении Зиминым из сарая телевизора. Мягких стал избивать К., после него избивать К. стал Зимин, избиение продолжалось около трех часов. Утром следующего дня Зимин и Мягких продолжили избивать К., наносили ему удары ногами и палками, при этом Зимин о К. сломал около двух палок. К. просил разрешения повеситься самому, после этого К. повесился. Суд пришел к обоснованному выводу о доказанности вины Зимина в

[20] Постановление президиума Московского городского суда от 04.04.2002 // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2003. № 4. С. 14

доведении К. до самоубийства и верно квалифицировал его действия по ст. 110 УК РФ[21].

По сравнению со ст. 110 УК РФ нововведенные составы существенно расширяют перечень уголовно-наказуемого поведения, связанного с самоубийством потерпевшего.

Статья 110.1 УК РФ включает два основных формальных состава.

1. Склонение к совершению самоубийства путем уговоров, предложений, подкупа, обмана или иным способом при отсутствии признаков доведения до самоубийства (ч. 1). По своей формулировке объективная сторона склонения близка к понятию подстрекательства (ч. 4 ст. 33 УК РФ), при этом включает в число способов склонения и предложение, которое традиционно не признается формой подстрекательства.

2. Содействие совершению самоубийства советами, указаниями, предоставлением информации, средств или орудий совершения самоубийства либо устранением препятствий к его совершению или обещанием скрыть средства или орудия совершения самоубийства (ч. 2). По своей формулировке объективная сторона содействия близка к понятию пособничества (ч. 3 ст. 33 УК РФ).

Фактически данные нормы криминализуют соучастие в самоубийстве, что противоречит природе суицида как правомерного акта поведения. При этом уголовная ответственность по ст. 110.1 УК РФ наступает независимо от того, совершил потерпевший самоубийство, покушение на самоубийство или нет; наступление указанных последствий предусматривается только ч. 4-6 данной статьи

[21] Определение Верховного Суда РФ от 13.12.2007 № 67-О06-104 // «СПС Консультант Плюс».

в качестве квалифицирующего обстоятельства. В результате законодатель признает преступлением даже предложение покончить с собой, адресованное взрослому человеку, на которое он никак не отреагировал.

Представляется, что в данном случае речь идет о необоснованной криминализации актов аморального поведения, как правило, не представляющих общественной опасности.

С учетом цели принятия Федерального закона от 07.06.2017 № 120-ФЗ (противодействие суицидальному поведению детей) более правильной явилась бы криминализация соответствующих действий в отношении только несовершеннолетних лиц (сейчас это квалифицирующий признак, предусмотренный в п. «а» ч. 3 ст. 110.1 УК РФ).

Объективная сторона преступления, предусмотренного ст. 110.2 УК РФ включает в себя следующие признаки: 1) деяние: организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства; 2) способ: путем распространения информации о способах совершения самоубийства или призывов к совершению самоубийства.

Как следует из пояснительной записки к законопроекту, в данной статье речь идет об ответственности администраторов так называемых «групп смерти» и организаторов любых неформальных сообществ, деятельность которых сопряжена с побуждением, прежде всего детей, к совершению самоубийства. Статья позволяет привлечь таких лиц к ответственности, когда еще отсутствует конкретная жертва преступления, но имеются все признаки склонения лица к совершению самоубийства. Например, созданы сайты с соответствующей суицидальной

тематикой либо «игра», предполагающая вовлечение ребенка в суицидальную модель поведения.

Фактически, рассматриваемая норма криминализует пропаганду самоубийства, направленную на неопределенный круг лиц любого возраста. При этом непосредственное осуществление деятельности, побуждающей к совершению самоубийства конкретного лица, следует квалифицировать по ст. 110.1 УК РФ. С субъективной стороны преступления, предусмотренные ст. 110.1 и 110.2 УК РФ, характеризуются прямым умыслом.

Но в то же время вне правовой оценки законодателя оказалось деяние, заключающееся в склонении к совершению самоубийства или в содействии совершению самоубийства, совершенное группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, а также в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении, средствах массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетях (включая сеть «Интернет»), повлекшие самоубийство или покушение на самоубийство одного лица.

При привлечении к уголовной ответственности по ч. 4 ст. 110.1 УК РФ за склонение к совершению самоубийства (содействие совершению самоубийства), повлекшее самоубийство или покушение на самоубийство одного потерпевшего, есть возможность учесть факт совершения данного преступления группой лиц по предварительному сговору (организованной группой) в рамках обстоятельств, отягчающих наказание (п. «в» ч.1 ст. 63 УК РФ). В то же время в аналогичной ситуации квалифицирующий признак, предусмотренный п. «д» ч. 3 ст. 110.1 УК РФ и характеризующий способ совершения преступления, невозможно ни вменить виновному лицу при квалификации содеянного, ни принять во внимание при назначении

наказания как отягчающее обстоятельство в связи с отсутствием такового в ст. 63 УК РФ. Но его наличие в содеянном существенным образом повышает общественную опасность преступления и подлежит обязательному учету при назначении наказания (ч. 3 ст. 60 УК РФ), на что ориентирует судебную практику Верховный Суд РФ[22]. Оптимальным выходом из создавшегося положения представляется дополнение ст. 63 УК РФ еще одним обстоятельством, отягчающим наказание: «преступление, совершенное в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении, средствах массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетях (включая сеть «Интернет»)».

[22] О практике назначения судами Российской Федерации уголовного наказания: Постановление Пленума Вер-ховного Суда РФ от 22.12.2015 № 58 (ред. от 29.11.2016). URL: http://www.vsrf.ru/

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Самые древние сведения о самоубийстве можно получить из одного из первых способов творческого, художественного отражения мира человеком – мифов. Самоубийство у древних греков вовсе не было редкостью. Возвышенная поэтичность, которой дышат примеры самоубийств мифологических героев, говорит, о трезвом, оптимистическом принятии неизбежности смерти, в том числе и через самоубийство, когда оно обосновано, то есть гармонично (Моховиков А.Н., 2001; Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р., 1993; Ницше Ф., 1990).

В греческой мифологии любовница Ксеркса Артемизия, правительница Галикарнасская, отличившаяся в 480 году до н. э. в битве при Саламине неустрашимостью, не раз предводительствовала войсками в походах в Азии. Спартанцы до такой степени были восхищены ее храбростью и умом, что возвели в ее честь золотую статую. Эта удивительная женщина, имевшая в числе своих поклонников многих владык Азии, полюбила простого, бедного, очень красивого молодого человека. К ужасу и негодованию царицы, юноша отказался сделаться ее любовником. Ни мольбы, ни угрозы, ни ласки, ни красота, ни ореол славы, окружавший эту женщину, не могли заставить непокорного юношу пасть к ногам прекрасной повелительницы Галикарнасской. Гордая душа ее не выдержала такой обиды, которой ни одна женщина не прощает мужчине, и однажды ночью, пробравшись к

спящему юноше, она выколола ему глаза. Крики и стоны несчастного юноши пробудили жалость в суровой душе царицы. Она, никогда не дрожавшая в сражениях, не раз встречавшаяся лицом к лицу со всеми ужасами войны и смерти, не вынесла укоров совести и, мучимая горем и раскаянием, бросилась в море с Левкадийской скалы.

Любовь стала причиной самоубийства красавицы Гилопомы, которая во время битвы кентавров с Ланитами, видя, как копье пробило грудь ее мужа, прекрасного кентавра Цилларуса. выхватила оружие из его раны, бросилась на него и умерла, обнимая умершего мужа. Таково же самоубийство Филлиды, дочери Фракийского царя, которая, будучи покинута женихом Демофооном, одним из героев Троянской войны, не перенесла разлуки и повесилась. Таково самоубийство Макарея, сына Эола, который безумно полюбил свою родную сестру Канаце и умертвил себя, после того как узнал о смерти сестры, доведенной до самоубийства безжалостным Эолом, приказавшим убить их ребенка, плод преступной любви брата и сестры. Романтическая легенда о том, как прекрасная жрица Афродиты в Сеете полюбила молодого юношу Леандра, жившего на другом берегу Геллеспонта в Абидосе продолжает список самоубийств. Каждую ночь Леандр для свиданий с возлюбленной отважно переплывал Геллеспонт, ориентируясь в темноте на свет факела, который зажигала ему на другом берегу красавица Геро. Однажды в бурную ночь факел был погашен ветром, и Леандр не смог найти дорогу в темноте и утонул. Когда же утром волны прибили его труп к берегу, Геро не захотела пережить своего возлюбленного и кинулась в Геллеспонт.

В 2000 году, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире примерно 1 миллион человек погиб в результате самоубийства, в 10–20 раз больше людей пытались покончить с собой. Это дает ежегодный уровень смертности по всему миру около 14,5

случаев на 100 тыс. человек или одно самоубийство каждые 40 секунд. Самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире. В Российской Федерации, согласно данным Госкомстата, самоубийство как причина смерти находится на пятом месте в ряду других причин (после болезней сердечнососудистой системы, несчастных случаев, онкологических, инфекционных и других заболеваний) (Зотов М.В., 2006).

Количество и уровень самоубийств, как показал Э. Дюркгейм (2001), находятся в обратной корреляционной зависимости от степени интеграции, сплоченности общества. Во время войн уровень самовольного ухода из жизни снижается, т.к. происходит сплочение общества перед лицом общей опасности, общего врага. Уровень самоубийств повышается в годы экономических кризисов, депрессий и роста безработицы. Как все виды социальных девиаций, самоубийства чутко реагируют на степень социальной и экономической дифференциации населения и темпы ее изменения. Чем выше степень дифференциации, тем выше показатели суицидального поведения. Особенно «самоубийственно» резкое снижение социального статуса («комплекс короля Лира»).

С точки зрения З. Фрейда (2005) самоубийство – одна из форм выражения ненависти к самому себе, возникающее из гнева, первоначально направленного на другого человека. Человек, испытывающий сильные чувства ярости и гнева, может обращать их на самого себя, что приводит к суициду или реакциям самоповреждения.

В работах представителей когнитивно-поведенческого направления М.В. Зотов (2006) выделил факторы, повышающие риск развития суицидального поведения:

- Дисфункциональные установки и убеждения. Предрасположенность к развитию депрессивных и суицидальных переживаний определяется наличием у

индивида стабильных дисфункциональных установок и убеждений, которые формируются на ранних этапах развития под влиянием различного рода психотравмирующих факторов (потеря близких, негативный опыт общения со сверстниками и т.д.) и оказывают влияние на то, каким образом он воспринимает и интерпретирует происходящие события во взрослой жизни. Согласно концепции А. Бека, дисфункциональные убеждения и установки создают предрасположенность к развитию депрессии и суицидальным реакциям. Они активируются у индивида под воздействием специфических стрессовых ситуаций и нарушают его способность адекватно оценивать происходящие события, что приводит к развитию депрессии и суицидального поведения.

- Негативный атрибутивный стиль. Основываясь на идеях М. Селигмана, известного своими экспериментальными работами, посвященными развитию состояний беспомощности у животных в условиях воздействия неконтролируемых стрессовых факторов, .было сделано предположение, что в результате столкновения с неконтролируемыми стрессовыми событиями (развод родителей, смерть близких и т. д.), человек обучается беспомощности, формирует убеждение, что он не способен контролировать негативные события в своей жизни, что в дальнейшем становится фактором риска развития депрессии и суицидального поведения.
- Недостаточный уровень развития способности к решению проблем. Подобная недостаточность затрудняет нахождение индивидом эффективных решений проблемных ситуаций, возникающих в различных жизненных сферах (семейной, профессиональной и др.), что может стать источником развития беспомощности, и, в дальнейшем, к суицидальному поведению.
- Склонность к переживанию безнадежности и сниженная способность к прогнозированию позитивных

событий в будущем. Состояние безнадежности включает два основных компонента: пессимистические установки в отношении будущего («Я не жду ничего хорошего в будущем»; «Будущее кажется мне мрачным и бесперспективным») и ощущение беспомощности перед ожидаемыми негативными событиями («Что бы я ни делал, все бесполезно»; «От моих действий ничего не зависит»).

- На уровень самоубийств влияет и историко-культурологический фактор: насколько данная культура предлагает, подсказывает суицидальную модель возможного «разрешения» кризисной ситуации. Возможно, поэтому традиционно высок уровень самоубийств среди жителей стран угро-финской группы (Венгрия, Финляндия, Эстония). Японская культура поощряет харакири, как вариант выхода из сложной ситуации, где на чашу весов положена честь человека.
- Наличие семьи – в целом антисуицидальный фактор. Уровень самоубийств среди несемейных, одиноких обычно выше, но семейные конфликты могут сами стать поводом трагического выбора. Эта двойственная роль семьи (без семьи - плохо, плохая семья - еще хуже) проявляется в мотивации суицидальных актов.

Уровень самоубийств среди мужчин значительно выше, чем среди женщин. В среднем на каждый женский завершенный суицид приходится 4 мужских, и это относительно постоянный показатель для всех возрастных групп. В то же время показатели суицидальных попыток, не приведших к летальному исходу, у женщин в среднем в 3 раза выше, чем у мужчин. (Зотов М.В., 2006).

По мнению А.Г. Амбрумовой (1986), суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Непосредственное окружение человека (и в первую очередь семья) является важным фактором, влияющим на состояние психического здоровья. У лиц, состоящих в браке, уровень

суицида в 2 – 3 раза ниже, чем у одиноких, овдовевших и разведенных. При этом частота самоубийств находится в обратной зависимости от длительности брака и количество детей в семье (Положий Б.С. и др., 2008).

Занятость человека или его профессиональная принадлежность играют большую роль, так суициды среди врачей, стоматологов и адвокатов встречаются в 3 раза чаще, чем у не профессиональных служащих. Количество суицидов среди психиатров в 4 раза выше, чем в общей популяции, а треть психиатров покончивших собой сделали это в первый год профессиональной деятельности (Гроллман Э., 2001)

К группам повышенного суицидального риска относятся также военнослужащие срочной службы (до 70% всех самоубийств в армии приходятся на первый год службы), заключенные (60% всех самоубийств в течение первых трех месяцев и в последние месяцы перед освобождением), офицеры в отставке и лица, вышедшие на пенсию (Мосягин И.Г., 2004). Имеется определенная закономерность сезонного распределения самоубийств: весенне-летний максимум при осенне-зимнем минимуме. Томас Эллиот писал, что «апрель – самый жестокий месяц», когда уровень суицидов превышал среднегодовой примерно на 120% (Гроллман Э., 2001).

Существуют российские тенденции, относящиеся к способу ухода из жизни: на первом месте - самоповешение, на втором - отравление (с несколько более высокими показателями у женщин), далее следует применение холодного оружия, падение с высоты, применение огнестрельного оружия (у мужчин) и утопление (у женщин).

Детский суицидолог, психотерапевт Центра семьи и детства Российской академии образования Е. Вроно (Белозерцева И., 2002) приводит пример самого маленького самоубийцы – шестилетнего мальчика, который попытался удавиться, привязав колготки к батарее, вследствие

систематического избиения сестрой.

Среди факторов суицидального риска М.В. Зотов[23] (2006) выделяет биологические, психолого-психиатрические и социально-средовые факторы:

❖ *Биологические:* наличие суицидов среди биологических родственников. Однояйцевые близнецы, у которых 100% генов совпадают, значительно чаще оба совершают самоубийства или попытки самоубийства, чем двуяйцевые близнецы, у которых совпадают только 50% генов. Исследования суицидов среди приемных детей показали, что лица с суицидальным поведением значительно чаще имеют биологических родственников, также совершивших самоубийство; аномалии серотонинергической системы мозга. Установлено, что сниженный уровень серотонина коррелирует с наличием и летальностью суицидальных попыток, совершенных пациентами.

❖ *Психолого-психиатрические:* Наличие психического заболевания является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероятность совершения самоубийства. Риск суицида наиболее высок при таких психических заболеваниях, как депрессия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость, личностные расстройства; наличие индивидуально-психологических особенностей**,** предрасполагающих к суицидальному поведению. Потенциально опасными в отношении суицида оказываются следующие личностные характеристики: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам; своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность суждений, склонность к «черно-белым» оценкам); низкий уровень коммуникативных способностей; неадекватная самооценка (заниженная, лабильная или завышенная);

[23] Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М.В. Зотов. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.

ограниченный репертуар копинг-стратегий; неразвитость психологических защит; высокая импульсивность; склонность к дихотомическому мышлению; ригидность эмоциональных и когнитивных процессов; низкий уровень способности к решению межличностных проблем. Наличие прошлых попыток суицида или парасуицидальных эпизодов. У лиц с суицидальными попытками наблюдается 20-30-кратное увеличение риска самоубийства по сравнению с общей картиной для всего населения. По данным отечественных исследователей, каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает в результате самоубийства.

❖ *Социально – средовые: наличие стрессовых событий, провоцирующих суицидальное поведение*, – смерть близкого человека, развод или разрыв отношений с любимым человеком, различного рода межличностные конфликты, смерть или тяжелое заболевание ребенка, потеря работы или невозможность найти работу. Ряд самоубийств происходит под влиянием причин личностно-семейного характера. При этом у молодых лиц в возрасте 16-20 лет наиболее частой причиной самоубийства являются неудачные любовные взаимоотношения, у лиц в возрасте 30-40 лет - различные семейные конфликты, у пожилых людей старше 60 лет - потеря близких и одиночество; *семейное положение и трудовая занятость* являются важными социальными характеристиками, влияющими на риск самоубийства; *наличие религиозных убеждений.* У верующих людей риск суицида значительно ниже, чем у людей без устойчивых религиозных убеждений;

Исследователи (И.Р. Хох, Р.Д. Тукаев, И.Г. Малкина–Пых, E.S. Shneidman) приводят ряд психологических аспектов, характеризующие суицидальное поведение:

– Общей целью суицида является нахождение решения проблемы, брошенного вызова, выхода из затруднений или психологического кризиса;

– Общая задача суицида состоит в прекращении существования, являясь одновременно движением к чему – то или бегством от чего – либо;

– Общим стимулом является невыносимая психическая боль;

– Общим стрессором являются фрустрированные психологические потребности, т.к. суицид основан на логических предпосылках, он не возникает как необоснованный поступок;

– Общей суицидальной эмоцией является беспомощность, безнадежность, проявляющаяся в смятении и тревоге;

– Общим внутренним отношением является амбивалентность: человек чувствует, что должен его совершить с одной стороны, а с другой – желает и планирует постороннее вмешательство;

– Общим состоянием психики является сужение когнитивной сферы, «туннельность»;

– Общим действием является окончательное, предельное бегство;

– Общим коммуникативным действием является сознательное или бессознательное сообщение о своем намерении;

– Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения. Существует преемственность суицидального поведения, с тем как человек раньше справлялся с подобными трудностями.

Повышенная опасность возникновения суицидального кризиса – это потеря главной «ценности» (например, уход из семьи любимого человека), из-за чего происходит

обесценивание всей жизни. При суицидальном поведении ценностями становятся идеи ухода из жизни как иллюзорного выхода из кризиса, разрушившего всю систему взглядов личности суицидента. Если ценности личности в норме при хорошей адаптации носят жизнеутверждающий характер, связывают человека с жизнью, то в состоянии дезадаптации место ведущей ценности занимают ценности негативного плана. Подкрепляясь другими компонентами суицидального поведения, т.е. аутоагрессией, депрессией, суицидальными мыслями и мотивами, она превращается в ценность – цель ведет к трагической развязке.

Таким образом:

*Суицид – это социально-психологическая дезадаптация личности в условиях переживаемого кризиса или микросоциального конфликта, а суицидальный риск – это потенциальная готовность покончить с собой.*

Аутоагрессивное поведение можно определить как поведение, направленное на причинение вреда самому себе.

В нем выделяют и инфантильную форму аутоагрессии, при которой причинение вреда самому себе преследует цель «наказать» таким образом кого - либо. В рамках аутоагрессивного поведения принято выделять две основные формы: суицидальное поведение (самоубийства) и парасуицидальное поведение (самоповреждения).

В наши дни суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое. Однако, распространена точка зрения на суицид как на крайнюю точку в ряду взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения. Суицидальное поведение реализуется одновременно во внутреннем и внешнем планах, а в его структуре выделяют собственно суицидальные действия и суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки).

Суицидальные действия включают суицидальную попытку и завершенный суицид. Суицидальная попытка –

это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели. Завершенный суицид – действия, завершенные летальным исходом.

Суицидальные проявления включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения. Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти (но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия), например: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться».

Суицидальные замыслы – это более активная форма проявления суицидальности. Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства. Суицидальные намерения появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент – решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Различают следующие этапы суицидальных тенденций:

1. Мировоззренческий – «общие» знания о суициде;
2. Пассивные мысли – «согласие» на смерть;
3. Активные мысли – обдумывание вариантов реализации суицида;
4. Суицидальные попытки – целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

Универсальный механизм суицида можно определить следующим образом: сочетание неблагоприятных социально-ситуационных и личностных факторов создает предпосылку к возникновению кризиса или внутриличностного конфликта, вызывая тем самым социально-психологическую дезадаптацию и крах ценностных установок, что, в свою очередь, при наличии

провоцирующих и предрасполагающих факторов, приводит к формированию мотивационной готовности, пресуициду.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидальным или пресуицидом.

Длительность пресуицида может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случае продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит вышеописанные этапы. При острых пресуицидах можно наблюдать появление активных мыслей и суицидных попыток сразу – без предшествующих этапов.

Отношение к жизни в пресуициде выражается в четырех основных формах: в ощущении безразличия; в чувстве сожаления о своем существовании; в переживании его тягостности, невыносимости; в отвращении к жизни.

Отношение к смерти выступает в формах:

- страх смерти, хотя и сниженный в своей интенсивности;
- ощущение безразличия;
- чувство внутреннего согласия на смерть;

Предсуицидальный период разделяется на фазы - предиспозиционную и суицидальную фазу предсуицида.

Предиспозиционная фаза отличается исключительной эмоциональной напряженностью для суицидента. В этом периоде отмечается фиксация внимания на неодолимых трудностях, на мыслях об отсутствии потенциальных возможностей решения возникших проблем. Особенностью этого периода является повышенная потребность к установлению неформального, эмпатического контакта, потребность в сопереживании, эмоциональной поддержке («поиск опоры»). Практически все суициденты отмечают, что им очень хотелось найти поддержку, поделиться своими переживаниями, разделить тревогу. Эту фазу можно

характеризовать как начало процесса социально – психологической дезадаптации. На высоте предиспозиционной фазы появляются симптомы деперсонализации: неопределенное чувство внутренней измененности, отчужденности, гнетущее настроение, переживание какой-то «неестественности» окружающего, его непонятности и враждебности. На фоне подобного рода состояний появляются суицидальные мысли, а позднее - и обдумывание способа суицида, «примеривание» к нему. Суицидальный период, начало которого связано с появлением суицидальных замыслов, длится вплоть до покушения на свою жизнь.

Переход в суицидальную фазу предсуицида обычно способствует дополнительная ситуативная психотравматизация, которая еще более углубляет дезадаптацию и убеждает человека в неизбежности катастрофы. Характерными особенностями поведения в этой фазе являются: замкнутость, аутичность, стремление к уединению, вплоть до полной изоляции, утрата интереса к окружающему. Человек как бы отделен психологическим барьером от других людей, полностью поглощен своим «Я», своими мучительными переживаниями. Суицидальные тенденции в этой фазе в одних случаях развиваются стремительно, а в других медленно, с периодами усиления и ослабления.

## КОНЦЕПЦИИ САМОУБИЙСТВ

### ТЕОРИЯ Э.ДЮРКГЕЙМА (Durkheim E.).

Основателем суицидологии как науки стал французский ученый Эмиль Дюркгейм. Он внес существенный вклад в изучение проблемы самоубийств, придавая ведущее значение в генезе суицидов социальным факторам. Будучи социологом, он возложил основную вину на общество; согласно его теории, суицид - это даже не самоубийство, а убийство: общество, социум убивает человека. Конкретные причины могут быть разными. В своем труде «Самоубийство» (1897) он подразделял суициды на три основные категории: *эгоистические, альтруистические и аномические.*

К *эгоистическим* самоубийствам он относил те случаи, когда лица, покончившие собой, в сущности, не принадлежали ни к одной из социальных групп. Так, например, отсутствием семейной сплоченности можно объяснить тот факт, почему лица, не состоящие в браке, более подвержены суицидам, чем состоящие, а также, почему супружеские пары, имеющие детей, обладают лучшей защищенностью от развития суицидального поведения. Доказательством правомерности существования данного типа, по мнению Дюркгейма, является меньшее число суицидов в более сплоченных сельских сообществах, по сравнению с городским населением, а также более низкий уровень самоубийств среди католиков, в отличие от протестантов, религия которых считается менее объединяющей.

К следующей категории относятся *альтруистические* суициды, которые в противоположность эгоистическим, характеризуются тем, что их совершают лица, склонные к

самоубийству в результате чрезмерного объединения в группу при недостаточно развитой индивидуальности личности. К этой категории, например, относится самоустранение стариков в примитивном обществе, массовые самоубийства в фанатичных и тесно сплоченных религиозных сектах. Общественный интерес подавляет индивид там, где «я» не принадлежит человеку. В такой среде человек всегда готов пожертвовать как своей жизнью, так и жизнью других людей. Тоталитарные государства XX века, отстаивающие главенствование социальных ценностей над индивидуальными, легко жертвовали гражданами ради своих идей, а самих граждан постоянно призывали к самопожертвованию, в том числе и прямому - через альтруистическое самоубийство (прославленный подвиг А. Матросова, императорское благословление камикадзе и пр.).

Третьим типом самоубийств являются *аномические* суициды (аномия - нарушение закона). Они применимы к тем лицам, чья интеграция с обществом нарушена, что препятствует развитию привычных форм поведения. Существование подобного типа самоубийств может объяснить тот факт, почему чаще погибают разведенные лица по сравнению с теми, кто состоит в браке, а также большую подверженность суицидальному поведению людей с изменившимся экономическим положением. Аномия усиливается социальной нестабильностью с нарушением общественных стандартов и ценностей. Так было в США в 1929 году, когда в первые же три дня после краха Нью-Йоркской биржи покончили с собой 210 разорившихся бизнесменов. Так было в Германии после прихода к власти фашистов и после возведения Берлинской стены (тогда уровень самоубийств в восточном секторе увеличился в 25 раз). Так было и есть в России эпохи перемен - в 90-х годах XX века, когда количество самоубийств в нашей стране возросло вдвое.

«Социологическая» суицидология конечно же дает

ответы на многие вопросы, однако дюркгеймовская теория не может объяснить причины тех случаев суицида, которые не попадают в разряд «социальных». Это пытаются сделать другие направления суицидологии.

## ТЕОРИЯ З.ФРЕЙДА (Freud S.).

Важное психологическое объяснение сущности феномена самоубийства было предложено австрийским врачом-психиатром, психологом, основателем психоанализа Зигмундом Фрейдом. Его собственную смерть тоже можно считать актом суицида - неизлечимо больной раком он попросил своего ученика Макса Шура сделать ему летальную инъекцию морфия. З.Фрейд считал, что каждому человеку присущ инстинкт смерти, выражающийся в агрессивном, разрушительном поведении. Эта агрессия может быть направлена либо вовне, либо внутрь себя. Он описал только одного больного, который совершил суицидальную попытку, но видел много суицидоопасных больных. В своем труде «Печаль и меланхолия» (1917) Фрейд пишет, что «ненависть, испытываемая при депрессии к самому себе, возникает как гнев по отношению к любимому человеку, который индивидуум направляет против собственной личности». Фрейд рассматривал самоубийство как крайнюю форму этого явления и высказал сомнение в существовании суицидов без наличия более раннего подавления желания убить кого-либо еще.

## ТЕОРИЯ К.МЕНИНГЕРА (Meninger K.)

Карл Менингер в своей работе «Человек против самого себя», основываясь на концепции Фрейда, представил суицид как отодвинутое назад убийство -

интровертированный гомицид, вызванный гневом личности против другого субъекта, который либо обращен внутрь или применяется как прощение за наказание. Он описал также инстинкт, направленный на собственную смерть (концепция Фрейда о танатосе). Связь между суицидом и депрессией лучше всего объяснима за счет необходимости в искуплении, которое может лежать в основе того и другого. Личность, страдающая депрессией, может совершить суицидальную попытку в тот момент, когда начинает выздоравливать. Следовательно, суицидальная попытка может обусловливать исчезновение длительно наблюдавшейся депрессии, особенно если она исполняла роль удовлетворения потребности больного в наказании, то есть одна форма искупления заменяет другую. До такой же степени существенным является одержимость суицидальными мыслями как средство избавления от нестерпимой депрессии и безысходности.

Наряду с другими исследователями, К. Менингер предпринял попытку выделить формы суицидальных проявлений. Так называемые «субсуицидальные феномены» он подразделял на «хронический» суицид (аскетизм, наркомания), «фокальный» суицид (самокалечение, импотенция), «органический» суицид (органическое заболевание).

## ТЕОРИЯ К. ЯСПЕРСА (Jaspers K.).

Немецкий психиатр, философ Карл Ясперс считал, что самоубийство само по себе не является признаком психической аномалии, так как большинство суицидов совершаются представителями психопатологический характерологических типов, а также людьми, страдающими теми или иными известными заболеваниями. Важным моментом в генезе суицидов, по мнению Ясперса, является

то, что под влиянием изменившихся условий жизни судьба лиц с суицидальной предрасположенностью становится настолько тяжелой, что они легко поддаются отчаянию, порождающему в свою очередь реактивные, депрессивные и прочие психозы. Такие лица чаще оказываются в ситуациях, когда будущее кажется безысходным, безнадежным и невыносимым. Изменения, затрагивающие культурную среду, представляют больше возможностей проявиться тем формам реакций, которые укоренены в конституции личности. К.Ясперс особо подчеркивал важную роль в генезе суицидального поведения среды и, в частности, религиозного неприятия самоубийства.

## ТЕОРИЯ С. ГРОФА (Grof S.)

Американский ученый, доктор медицины, один из основателей Международной трансперсональной ассоциации Станислав Гроф, разработав собственную концепцию базовых перинатальных матриц (БПМ), предложил новое проникновение в феномен суицида. Он рассуждал, что, по-видимому, должна существовать тесная связь между состоянием психических функций личности и типом самоубийства, которое она обдумывает или пытается совершить. Побуждение состоит, следовательно, не просто в том, чтобы прервать свою жизнь, но сделать это особым образом. Кажется естественным, что тот, кто принял смертельную дозу транквилизаторов или барбитуратов, не стал бы прыгать с обрыва или под поезд. Однако избирательность в средствах работает и в другую сторону: личность, выбравшая кровавое самоубийство, не станет использовать фармакологические препараты, даже если они легко доступны.

Для изучения «глубинных переживаний личности» С. Гроф использует ЛСД-«терапию». В результате своих наблюдений он выделяет два типа самоубийств, которые

весьма специфично относятся к перинатальному процессу.

*Ненасильственное самоубийство* основано на бессознательной памяти о том, что безвыходной ситуации предшествовало внутриматочное существование. Индивид в стремлении найти выход из подобной ситуации выбирает самый легкий в этом состоянии путь возврата в исходное нераздельное единство пренатальных условий. Конечная цель этого намерения - снизить интенсивность болезненных стимулов и затем избавиться от них совсем, достичь недифференцированного состояния «океанического сознания», которое характерно для эмбрионального существования (например, погрузиться в глубокий сон, забыть обо всем и никогда не просыпаться).

Самоубийство второго типа или *насильственное самоубийство*, бессознательно следует паттерну, пережитому когда-то при биологическом рождении. Для процедуры психологического избавления доступна память о том, что некогда подобное состояние окончилось взрывом облегчения и освобождением в момент биологического рождения. Психологическим решением является повторное проживание рождения, внутреннее завершение процесса смерти - возрождения и соединение в переживании с поствитальной ситуацией.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Различия в классификациях видов суицидального поведения отражают многообразие форм рассматриваемой реальности. Среди самоубийств можно различать самоубийства-истинные суициды, а также попытки самоубийства – незавершенные суициды.

Э. Дюркгейм (2001) выделяет четыре типа суицида:

- Эгоистический суицид возникает в результате низкого уровня социальной интеграции и характерен для людей, недостаточно связанных с обществом, не ориентирующихся на принятые нормы, ценности и традиции (например, лица, не состоящие в браке, не имеющие постоянного места работы, жительства и т. д.).
- Альтруистический суицид возникает в результате чрезмерно сильной социальной интеграции и наблюдается у людей, настолько сильно интегрированных в социальную группу, что они отказываются от своей индивидуальности и приносят себя в жертву интересам социального сообщества (например, жертвенные самоубийства престарелых и больных людей, жертвенные самоубийства жен после смерти мужей, самоубийства слуг после смерти господина и др.).
- Аномический суицид (аномия – беззаконие) возникает в результате недостаточной регуляции обществом поведения индивида. Данный тип наблюдается у людей, социальное окружение которых не предоставляет им стабильности и не формирует у них ощущения принадлежности. Данный тип суицида характерны для периодов социальной нестабильности (аномии), связанной с

разрушением ранее существовавшего социального порядка, норм и ценностей, вызывается потерей чувства принадлежности к обществу и представляет собой реакцию на различные социальные кризисы.

- ❖ Фаталистический суицид возникает в результате чрезмерно жесткой регуляции обществом поведения индивидов (например, самоубийства рабов, молодых мужей, обремененных семьей, бездетных замужних женщин).

Кроме того, суицидальные попытки по форме проявления разделяются на истинные, латентные и демонстративно-шантажные.

*Истинные* – целью является действительное лишение себя жизни. На фоне переживания различного рода кризисных ситуаций у индивида возникают относительно кратковременные изменения эмоционального состояния, проявляющиеся в снижении настроения, повышении тревоги и т. д. У психологически уязвимых лиц такие состояния вызывают временное ухудшение функционирования регуляторных компонентов познавательной деятельности, проявляющееся в активации негативных ожиданий и установок, в развитии процесса руминации, проявляющиеся в трудностях произвольного отвлечения от негативных мыслей и переживаний. Активация негативных ожиданий и установок существенно изменяет восприятие человека: его внимание заостряется на негативных аспектах ситуаций, возникает склонность к пессимистическим интерпретациям происходящих событий, отмечаются трудности произвольной актуализации позитивного жизненного опыта.

Изменения когнитивных процессов приводят к закреплению и усилению негативного эмоционального состояния. Они вызывают изменения на уровне поведения, проявляющиеся в нарастании пассивности, снижении способности к решению проблем, избегающем стиле

копинг-поведения. Человек попадает в замкнутый круг постоянно нарастающих негативных мыслей, депрессивных переживаний и субъективно неразрешимых проблем.

Процесс нарастания взаимосвязанных изменений в когнитивной и эмоциональной сферах развивается, пока не достигает определенного критического уровня, когда у индивида возникает состояние суицидальной настроенности, характеризующееся переживаниями безнадежности, «тупика», доминированием идеи самоубийства как единственного выхода из невыносимой ситуации. Во время переживания кризисного состояния любое возбуждающее событие может сыграть роль детонатора и подтолкнуть к планированию и реализации суицида.

Об истинности суицидальных намерений свидетельствуют:

• запланированность суицидального акта;

• меры предосторожности, принимаемые во избежание раскрытия замысла;

• отсутствие попыток получить помощь после суицидального акта;

• повторяемость суицидальных действий;

• активные, а не пассивные действия по самоуничтожению;

• использование опасного способа причинения себе вреда;

• наличие посмертной записки, завещания;

• устойчивость и неизменность суицидальных намерений.

Латентные – скрытые суициденты, проявляющее «непрямое саморазрушающее поведение, которое подрывает здоровье», это совершение «любых действий (над которыми у человека имеется некоторый реальный или потенциальный волевой контроль), способствующих продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти».

Любое поведение, которое сокращает жизнь человека, определяется как «частичное», «полунамеренное», «полупреднамеренное», «скрытое самоубийство», «бессознательное суицидальное поведение» или «суицидальный эквивалент» (Гроллман Э., 2001). Образ жизни таких людей направлен на саморазрушение либо причинение вреда самому себе. Те же психические силы, которые толкают человека к прыжку вниз с небоскреба, лежат в основе таких опасных привычек, как злоупотребление алкоголем или наркотиками, игнорирование серьезных болезней, переедание, чрезмерная работа, хроническое курение или увлечение экстремальными видами спорта. Калвин Фредерик из Национального Института психического здоровья приводит 7 основных характеристик непрямого суицида (Гроллман Э., 2001):

• частое отсутствие полного осознания последствий своих поступков,

• рационализация, интеллектуализация или негативное отношение к своему поведению,

• постепенное начало деструктивного поведения, которое все же стремительно приближает смерть,

• крайне редкое открытое обсуждение этих тенденций,

• вероятность долготерпеливого мученического поведения,

• извлечение вторичной выгоды из сочувствия или/и проявлений враждебности во время саморазрушения;

• смерть почти всегда кажется случайной.

Демонстративно-шантажные – целью является стремление не столько умереть, сколько обратить на себя внимание окружающих, добиться облегчения своей судьбы. Вследствие недоучета реальных обстоятельств любая демонстрация может закончиться завершенным суицидом.

Изучение демонстративно-шантажных негативно-психопатологических механизмов суицидального поведения

позволило выделить отдельные формы преобладающей мотивации (Распопова Н.И., 2008):

• Демонстративный протест;

• Демонстративный призыв (к вниманию и сочувствию);

• Демонстративное избегание (наказания).

При диагностировании демонстративной, возбудимой и циклотимической акцентуации личности вероятен демонстративно-шантажный тип суицидальной попытки. Аффективная суицидальная предрасположенность возможна при экзальтированной и эмотивной акцентуации личности. Свои особенности имеет и взаимодействие с лицами, предрасположенными к истинному суициду, которая вероятна при тревожной и астено-невротической акцентуациях личности.

Суицидальное поведение всегда полимотивированно. Такая полимотивация включает в себя иерархию мотивов, которая находится в постоянной динамике, в ней происходит борьба витальных и антивитальных, деструктивных мотивов, воплощенных в пессимистической личностной установке. Если активен витальный мотив (например, чувство долга), тогда процесс развития суицидального поведения приостанавливается. Один из указанных мотивов суицида обычно выступает в качестве ведущего, другие могут к нему присоединяться или отсутствовать. Тот или иной тип суицидального поведения проявляется в зависимости от возраста, типа личности суицидента, а также ситуации, провоцирующие суицид.

Возможные мотивы:

• поиск помощи – большинство людей, думающих о самоубийстве, не хотят умирать. Самоубийство рассматривается как способ получить что-либо (например, внимание, любовь, освобождение от проблем, от чувства безнадежности);

• безнадежность – жизнь бессмысленна, а на будущее рассчитывать не приходится. Потеряны всякие надежды изменить жизнь к лучшему;

• множественные проблемы – все проблемы настолько глобальны и неразрешимы, что человек не может сконцентрироваться, чтобы разрешить их по одной;

• попытка сделать больно другому человеку – «Они еще пожалеют!» Иногда человек считает, что, покончив с собой, унесет с собой проблему и облегчит жизнь своей семье;

• способ разрешить проблему – человек рассматривает самоубийство как показатель мужества и силы.

Суицидальное поведение различается по своей мотивации[24].

✓ *Суицидальное поведение по типу «протеста»* – предполагает нанесение ущерба, мести обидчику, т.е. тому, кто считается причиной суицидального акта: «Я вам мщу, вам будет хуже от моей смерти». Такая попытка предполагает стеничность, агрессию, работают механизмы переключения с гереоагрессии на аутоагрессию. Встречается чаще у мужчин молодого возраста (от 18 до 30 лет), мотивируется интерперсонально, конфликты чаще в жилищно-бытовой сфере и носят острый характер. Пресуицидальный период короткий, попытка совершается в виде самопорезов на глазах окружающих, причем 80% случаев в состоянии алкогольного опьянения. Психическое состояние определяется как острая психопатическая реакция – истерическая или эксплозивная с аффектом обиды или гнева. Суицид чаще совершают лица, злоупотребляющие алкоголем ли страдающие органическими заболеваниями ЦНС.

✓ *Суицидальное поведение по типу «призыва»* - смысл

[24] Мосягин И.Г. Военная психология / И.Г. Мосягин. – Архангельск: СГМУ, 2006.

состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. Также встречается чаще у молодых людей от 18 до 30 лет, но преобладают женщины. Суицид обычно совершается в вечерние часы, чаще способом самоотравления. Возникает остро или подостро, психический статус суицидента определяется как реактивная депрессия с переживанием обиды, жалости к себе, отчаянием. Чаще встречается у психопатических личностей астено-депрессивного круга. Как протестное, призывное суицидальное поведение обычно характерно для лиц с инфантильным личностным складом, которому присущ эгоцентризм, негативизм, эмоциональная неустойчивость.

✓ *Суицидальное поведение по типу «избегания»* - проявляется в ситуациях угрозы наказания, а смысл суицида заключается в попытках избегания угрозы или при ожидании психического или физического страдания. Характерен для более старших возрастных групп, суицид совершают и мужчины и женщины старше 30 лет – инвалиды, разведенные и вдовы, чаще в трезвом состоянии, в утренние часы путем самоповешения, самоотравления. Если алкоголь и принимается, то после решения о суициде. Пресуицидальный период более растянут во времени.

✓ *Суицидальное поведение по типу «саманаказания»* - определяется переживанием вины реальной, или это патологическое чувство вины. Самонаказание можно обозначить как протест во внутреннем плане личности при своеобразном расщеплении «Я», где «Я» подсудимый и «Я» судья. Среди суицидентов мало инвалидов, преобладают женщины с достаточно высоким образовательным и общественно-социальным уровнем, состоящие в браке. Суицид совершается в утренние часы и совсем редко в опьянении. Пресуицидальный период длительный, а само самоубийство совершается жестоким способом.

✓ *Суицидальное поведение по типу «отказа» от жизни*

– здесь цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни: «Я умираю, чтобы умереть». Этот тип суицида связан с потерей личностного смысла своего существования (например, в связи с потерей значимого близкого человека, в связи с тяжелым заболеванием, особенно не излечимым) и невозможностью исполнять прежние, высоко значимые роли. Такой мотив, как отказ, часто характерен для весьма зрелых, глубоких личностей и может выражать не только отношение к лично невыносимой ситуации, но и философски пессимистическое отношение к миру в целом. Такой суицид чаще совершают мужчины старше 30 лет, в трезвом состоянии в ранние утренние часы. Этот тип суицидального поведения наблюдается также при субдепрессиях, циклотимии, шубообразной шизофрении и у лиц с психопатией астенического круга.

Б.С. Положий приводит распределение суицидентов по ведущим мотивам суицидального поведения[25]:

- Призыв, предполагающий активацию помощи из вне, в целях изменения ситуации – 29%;
- Протест, принимаемый как месть обидчику – 26%;
- Избегание (угрозы, душевных или физических страданий) – 24%;
- Отказ от жизни, при котором мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни – 13%;
- Самонаказание, определяющееся переживаниями реальной или патологической вины – 8%.

От суицидных попыток (суицидального поведения) следует отличать самоповреждения («членовредительство»)

[25] Положий Б.С. Клинико-социальная характеристика лиц, совершивших суицидальные попытки / Б.С. Положий, Е.А. Панченко, А.Д. Посвянская, Э.С. Дроздов // Российский психиатрический журнал. – 2008. - № 2. – С. 21 – 25.

и несчастные случаи, которые вообще не направляются представлениями о смерти. Цель самоповреждений ограничивается лишь повреждениями того или иного органа, что находит свое выражение как в способах реализации задуманного, так и в особенностях поведения.

О возможном самоубийстве говорит сочетание нескольких признаков:

1. Уход в себя. Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Будьте начеку, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей.

2. Капризность, привередливость. Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неурядицами и т.п. Но когда настроение подчиненного чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причина для тревоги. Существуют веские свидетельства, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками смерти.

3. Депрессия. Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему, некоторые становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях прямой и открытый разговор с человеком.

4. Агрессивность. Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат - неприязнь окружающих,

их отчуждение от суицидента. Вместо внимания человек добивается осуждения со стороны товарищей.

5. Злоупотребление алкоголем и наркотиками. Они способствуют развитию суицидальных мыслей и намерений.

6. Сексуальная активность. Иногда неуместное сексуальное поведение отражает отчаянное стремление человека облегчить таким образом угнетающую его депрессию. Он ищет сексуального удовлетворения. Когда оно не достигается длительное время, суицидальные мысли могут усиливаться.

7. Нарушения аппетита. Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как опасный для жизни недуг. Близкие должны обращать внимание на изменение веса, замечать его, либо стремительный рост.

8. Раздача подарков окружающим. Некоторые люди планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям, знакомым свои вещи. Специалисты по суициду утверждают, что эта зловещая акция - прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа с суицидентом для выяснения его намерений.

9. Психическая травма. Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К нему может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, количество которых постепенно накапливается. Если к этому добавить развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

10. Перемены в поведении. Внезапные, неожиданные изменения в поведении должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный,

немногословный, замкнутый человек неожиданно для окружающих начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена скорее свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое человек стремиться скрыть под маской веселья и беззаботности.

11. Прямая угроза. Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Наиболее часто оно выражается словами: «Вы будете виноваты в моей смерти», «Вы еще пожалеете обо мне», «Я не хочу жить среди вас» и т.д. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов-психологов и врачей.

12. Косвенная угроза. Косвенные «намеки» на возможность суицидальных действий – «репетиция самоубийства» (публичная демонстрация петли из брючного ремня, веревки и т. п.; «игра» с оружием с имитацией самоубийства).

13. Подготовка попытки. Активная предварительная подготовка, целенаправленный поиск средств покончить с собой и создание соответствующих условий (накапливание лекарственных средств, оставление и утайка патронов после учебных стрельб, поиск и хранение отравляющих жидкостей, укрепление веревки и т.д.).

14. Суицидальная фиксация. Фиксация на примерах самоубийства (повышенный интерес, частые разговоры о самоубийствах вообще). Размышления на тему самоубийства могут приобретать «художественное» оформление: в записной книжке, тетради для занятий изображаются рисунки, иллюстрирующие депрессивное

состояние (например, гробы, кресты, виселицы, тюрьмы, воющий на скале волк и т. п.).

Ошибки воспитания, которые нужно знать, чтобы их избежать, играют определенную роль в формировании личности, склонной к суициду[26]. Среди них:

1. Вольно или нет провоцировать в ребенке чувство вины: «ты меня огорчаешь своими оценками», «мы не поедем летом на море, потому, что у тебя есть двойки» - и т.д. Не упускайте случая, чтобы объяснить своему ребенку, как сильно он виноват в вашем плохом настроении, сколько страданий доставил. Если бы не он, все было бы прекрасно, и только его вмешательство расстроило планы. Таким образом, вы воспитаете человека, который в зрелом возрасте станет заниматься самоедством. При отсутствии объекта для трансляции вины, он взвалит всю вину на себя или заявит: «я умру, а вы все останетесь навек виноватыми!»

2. Жестко контролировать поведение, распорядок дня, учебу и даже настроение ребенка. Нередко родители берут на себя ответственность за малейшие эмоциональные переживания своего ребенка: «он плачет или устал – значит, мы не создали ему комфортных условий». В результате вырастают дети, не умеющие отвечать за себя и последствия своих поступков. Чувство беспомощности при этом типе воспитания становиться причиной суицида.

3. Относиться к ребенку как к своей последней игрушке. Это свойственно родителям, которые не доиграли в собственном детстве. «Зачем ему учиться – он еще маленький, зачем заниматься спортом – он такой слабый?!

[26] Колосова М. Как вырастить самоубийцу // М. Колосова // Основы безопасности и жизнедеятельности. – 2002. - № 8. – С. 17.

Зато он такой славный!» Это приводит к тому, что дети не научаются предвосхищать и планировать события, ставить себе цели и идти к ним. Очень важно научить ребенка отвечать за свои поступки и понимать их причинно-следственную связь.

4. Старайтесь объяснять все события в жизни ребенка внешними причинами, игнорируя возможность самого человека быть хозяином своей судьбы и чувств, с «внешним локусом контроля». Подобное воспитание порождает зависимость эмоциональных состояний от внешней среды и полное неумение справляться с трудностями самостоятельно.

5. Постоянно оберегайте ребенка от ошибок. В результате мотивация избегания станет доминировать у него над мотивацией достижения. Одни люди стремятся достигнуть большего, другие – боятся совершить ошибку. Страх ошибки приводит к потере перспективного взгляда на будущее и, как следствие, потеря смысла жизни.

Случайных самоубийц не бывает. Над каждым в течение 10 – 15 лет упорно «работают» родители и родственники. Человек может выйти из борьбы за собственную жизнь победителем, проделав самостоятельно или с помощью психологов работу по изменению своего жизненного сценария в сторону более продуктивных решений.

# ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Стратегии профилактики самоубийств имеют несколько направлений. В рамках системы здравоохранения проводятся выявление групп риска, повышение качества диагностики и лечения суицидальных пациентов, обеспечение реабилитацией лиц, совершивших суицидальную попытку. Для любого врача, не являющегося психиатром, взаимодействие с суицидальным пациентом представляется довольно сложной задачей. Поэтому необходимо регулярно проводить тренинги для врачей других специальностей по следующей тематике:

причины обращения за консультацией лиц с суицидальными тенденциями к врачам общей практики;

показания для консультации суицидальных пациентов психиатром или для неотложной госпитализации;

способы общения с родственниками суицидальных пациентов; необходимость наблюдения после суицидальной попытки. Суицидальная превенция, направленная на общество, заключается в создании системы поддержки и укреплении жизненных навыков, которые должны защитить человека в трудной ситуации, а также в обеспечении поддержки ближайшего окружения для противодействия чувству одиночества у ранимых людей. Необходимо изменить отношение общества к суицидальной личности, а также повысить уровень знаний по предотвращению самоубийств, профилактике психических заболеваний.

Программы, направленные на распространение знаний о психическом здоровье, психических заболеваниях и суициде, стремятся развеять страхи и непонимание, окружающие самоубийство. Однако существуют опасения, что неграмотно преподнесенная информация может спровоцировать суицидальные действия, особенно среди

подростков и впечатлительных людей. Замалчивать проблему самоубийств не стоит, как и не стоит превозносить, восхищаться и романтизировать самоубийство или трактовать его как непонятное явление.

Возврат семьи суицидента к нормальной жизни осуществляется семейным и индивидуальным лечением путем решения следующих терапевтических задач:

- обучение знаниям о процессе горя;
- демистификация самоубийства;
- устранение чрезмерных чувств вины, стыда и взаимных обвинений;
- оценка потенциального суицидального риска у выживших и ответная реакция.

В последнее время для лечения переживших суицид начали создаваться группы самопомощи, как альтернативный вариант помощи выжившим.

В глобальном масштабе превенция самоубийств осуществляется по трем направлениям: лечение психически больных, создание национальных программ по превенции суицидов на различных уровнях, контроль за окружающей средой.

При большая роль в профилактике суицидальных происшествий отводится учреждениям социального обслуживания.

Основные принципы кризисной терапии разработаны Э.Линдеманном (1996) и Caplan G. (1974). Кризисная терапия предполагает определение значимости стрессорного фактора для пациента, прояв-ление сочувствия и поддержки, обеспечение микросоциальной поддержки, выработку стратегии решения возникших проблем. Проводимая кризисная терапия должна быть краткосрочной и оказывать практическую помощь при решении кризисной ситуации. Кризисная помощь может оказываться на индивидуальном, групповом и семейном уровнях и проводиться в

амбулаторных и стационарных условиях, а также по телефону и реже на дому. В ряде случаев, кризисную терапию трактуют в более широком спектре психотерапевтической помощи (Курасов Е.С. и соавт, 2018; Куликов В.О. и соавт., 2016, 2017; Колодин С.Н. и соавт., 2015).

Кризисная терапия наиболее показана в пресуицидальном периоде, когда возможно предотвратить суицидальные действия. Многочисленные методики кризисной терапии разработаны в Федеральном суицидологическом центре – «Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике» (1986), «Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара» (1986), «Формы и методы кризисной психотерапии» (1987), «Семейная диагностика в суицидологической практике» (1983), «Профилактика суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера» (1986) – и подробно описаны в монографии Г.В. Старшенбаума (2005) «Суицидология и кризисная психотерапия». Работа суицидологической службы регламентируется Приказом Минздрава РФ № 148 от 6 мая 1998 года «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». L. Rappoport (1962) выделяет следующие цели кризисной терапии:

– снятие симптомов;

– восстановление докризисного уровня функционирования;

– осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;

– выявление внутренних ресурсов клиента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса;

– осознание связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;

–освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств; развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

При работе с суицидентом И.А. Акидинова (2001) описывает эмоциональные реакции, возникающие у психотерапевта и снижающие эффективность оказываемой им помощи. К ним относятся:

1. Паника: «Я не в силах чем-либо помочь».
2. Страх: «Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?»
3. Усталость: «Опять длинный и тяжелый разговор».
4. Злость: «Неужели можно быть настолько слабовольным, чтобы решиться на такой поступок?»
5. Обида: «Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня?»
6. Внутренний конфликт: «Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе его остановить».
7. Безвыходность: «Эта ситуация безнадежна, что я могу сделать?»
8. Отречение: «В такой ситуации я вел бы себя так же».

Г. В. Старшенбаумом (2005) разработана программа дифференцированной кризисной терапии, имеющая ряд особенностей:

1) Неотложный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей немедленного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию и, во-вторых, с выраженной потребностью пациента в эмпатийной поддержке и на первых порах – руководстве его поведением.

2) Нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приводящих к развитию

суицидальных переживаний и способствующих рецидиву суицидоопасного кризиса.

3) Поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают рост личности и выносливость индивида к будущим кризисам.

Выделенным отличиям соответствуют три метода кризисной терапии: 1) кризисная поддержка, 2) кризисное вмешательство и 3) повышение уровня адаптации, необходимое для разрешения ситуации.

В структуре суицидоопасных реакций автор выделяет аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты. Аффективный компонент характеризуется аффективной напряженностью, чувством обиды, тревоги, ощущением безысходности и отчаяния. Для когнитивного компонента типично представление о собственной несостоятельности, бесцельности дальнейшей жизни, невозможности разрешения ситуации. Поведенческий компонент включает различные формы суицидального поведения, активную или пассивную деятельность.

При работе с суицидальным пациентом необходимо учитывать уровень его установки: а) конструктивный – стремление с помощью психотерапевта разрешить конфликт; б) симптоматический – склонность лишь к ликвидации симптомов; в) манипулятивный – попытка использовать ситуацию для получения выгод; г) демобилизирующий – пассивная позиция с отказом от помощи.

Индивидуальная кризисная терапия. В начальном периоде кризисная поддержка должна быть направлена на купирование конфликтной ситуации, чувства тревоги, обиды, беспомощности. По мнению Г.В. Старшенбаума (2005), поддержка суицидента осуществляется с помощью ряда приемов:

1) Установление терапевтического контакта с пациентом, который должен быть выслушан, и к которому должно быть оказано сочувствие.

2) Раскрытие суицидоопасных переживаний происходит при задавании пациенту избирательных вопросов.

3) Мобилизация личностной защиты осуществляется поиском прежних достижений и активизацией антисуицидальных факторов.

4) Заключение терапевтического договора заключается в локализации кризисной проблемы, договоренности с пациентом, его настроенности на самостоятельное контролирование суи-цидальных тенденций.

Эдвин Шнейдман (2001) перечисляет следующие приемы индивидуальной антисуицидальной терапии:

– установить отношения доверия и взаимопонимания;

– идентифицировать суицидогенную проблему и фокусироваться на ней;

– избегать всего того, что может помешать терапевтическому контакту;

– быть внимательным к эмоциональным запросам клиента, поощрять его и подкреплять его открытость;

– осознавать фрустрированные потребности пациента;

– воздерживаться от оценки его системы ценностей;

– выражать несогласие с суицидальным решением пациента;

– разъяснять свою терапевтическую позицию и побуждать пациента к анализу ситуации;

– исследовать и интерпретировать попытки пациента справиться с проблемой;

– отслеживать и подчеркивать его потенциальные возможности по выходу из кризиса;

– организовать практическую помощь пациенту, направленную на удовлетворение фрустрированных потребностей, являющихся для него жизненно важными;

– проявлять бдительность к возможному усилению суицидального риска, своевременно его оценивать;

– принимать оценку своих терапевтических усилий пациентом;

– получать обратную связь и поддержку от коллег;

– консультироваться у старших товарищей.

Кризисное вмешательство является основой кризисной терапии на последующем этапе. Целью терапии является восстановление нарушенной микросоциальной сферы суицидента. Она направлена на разъяснение представления о суициде, бескомпромиссность, наивную доверчивость и независимость в принятии решения. Задачами вмешательства являются:

Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы.

Выявление неадаптивных установок, блокирующих способы разрешения кризиса.

Коррекция неадаптивных установок предполагает снижение значения доминирующих ценностей, замена их другими и повышение роли антисуицидальных факторов.

Активизация терапевтической установки заключается в переключении усилий пациента и повышении собственных возможностей по разрешению кризисной ситуации.

Групповая кризисная терапия дает возможность пациенту преодолеть иждивенческую позицию, рассчитанную только на помощь психотерапевта.

Г. В. Старшенбаумом (2005) выделены следующие показания для проведения групповой кризисной терапии:

1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;

2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;

3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

В кризисную группу включают практически здоровых и больных пограничными состояниями, из которых 3–7 человек имеют суицидальные мысли и замыслы, и двое – суицидальные намерения, а также одного больного с расстройством личности (аффективного или истероидного типа) и суицидальными мыслями или замыслами. Занятия проводятся 5 раз в неделю и длятся 1,5–2 часа. Курс групповой кризисной терапии рассчитан на один месяц, т.к. срок разрешения кризиса составляет около 4–6 недель.

На этапе кризисной поддержки важное значение придается эмоциональным контактам пациента в группе, которые должны обеспечить ему эмпатическую поддержку членов группы, ликвидировать чувство безнадежности и невозможности пережить собственные страдания. Пациент получает психологическую поддержку и практическую помощь от других членов группы.

На этапе кризисного вмешательства определяется оптимальный способ разрешения кризиса. Члены группы делятся с пациентом собственным опытом выхода из кризиса, дают соответствующие советы и рекомендации.

На этапе повышения уровня адаптации осуществляется опробирование и закрепление новых способов разрешения проблем и коррекция доминирующих установок.

Окончание кризисной терапии заключается в подведении итогов достижений пациента, составляются реальные планы на будущее, поддерживается уверенность пациента в собственных силах и обсуждаются возможные пути выхода из будущих кризисов (Старшенбаум Г.В., 2005).

Так, у пожилых людей отмечается более высокий уровень самоубийств, чем у молодых. Средний уровень самоубийств у пожилых в Европе составил 29,3 на 100000 населения (De Leo D. et al., 2001). У пожилых, как и в других возрастных группах, суицид является иррациональным выбором и реакцией на серьезный психологический кризис, связанный с психическими и соматическими расстройствами, неадекватными условиями жизни, одиночеством и чувством никчемности. Суициды у пожилых более характерны для мужчин (De Leo D., 1999). Необычным для пожилых суицидентов являются «манипулятивные» передозировки лекарств, которые, как правило имеют скрытую цель покончить с собой, находясь в состоянии выраженной депрессии. Более правильно будет предполагать, что депрессивной болезнью страдает любой пожилой человек, который причинил себе повреждение, и настаивать на приглашении психиатра.

У значительного большинства пациентов с депрессивной болезнью имеются затаенные мысли о самоповреждении, и они испытывают лишь чувство благодарности, если будут знать, что кто-нибудь понимает это.

Для тех пациентов, которым лечение депрессивной болезни уже проводится, критическими периодами риска в плане суицида становятся первые несколько часов после госпитализации, затем период, когда физическая активность начинает возрастать, однако настроение все еще угнетено, а также первые несколько недель после выписки из стационара. Частота суицидов постоянно выше у мужчин,

которые часто выбирают более жесткие способы уйти из жизни и, вероятно, чаще используют алкоголь при совершении суицида, чем женщины. Уровень суицидов возрастает с возрастом до самого позднего периода жизни, а затем снижается.

Озабоченность вызывает предположение (Blazzer et al., 1986) о том, что уровень частоты суицидов обнаруживает сильную когорт- ную ассоциацию (то есть связь с принадлежностью людей к тому или иному поколению). Так, предполагается, что завтрашние пожилые люди сегодня составляют группу лиц, более склонных к самоубийству, чем сегодняшние старики, и что эти более молодые могут нести с собой в поздний период жизни столь трагическую склонность. Данное предположение, а также в дополнение к нему тот факт, что доля пожилых людей в населении в любом случае будет расти, вызывают обоснованное беспокойство.

Три темы постоянно обсуждаются в литературе по суицидальным попыткам и завершенным суицидам в пожилом возрасте: психиатрическое расстройство, соматическая болезнь и социальные факторы.

Депрессия и соматические болезни отрицательно влияют на прогноз суицида. Риск суицида повышают такие факторы, как неблагоприятные социальные события и социальная депривация (особенно одиночество), а также злоупотребление алкоголем.

Для тех, кто страдает депрессивной болезнью, главные факторы риска – изоляция, состояние утраты, соматическая болезнь и предшествующие суицидальные попытки – не позволяют, за исключением последнего, оценить индивидуальный риск. Суицид представляет собой сложное личностное событие. Первый шаг к отдельному пациенту состоит в том, чтобы правильно диагностировать у него депрессию и начать управлять суицидальным риском, всегда заботясь о наличии ясной картины того, что происходит в

психике человека. Степень риска повышена в тех случаях болезни, которые отличаются ажитацией пациента, чувством вины, постоянным ощущением безысходности, упорной бессонницей и ипохондрией. Последнее очень важно, поскольку известно, что большинство пожилых людей, покон-чивших с собой, посещали своих врачей в трехмесячный период до его совершения. Значение этого состоит в том, что их озабоченность своим соматическим состоянием уводила внимание от лежащей под этим депрессии. Другим периодом повышенной подверженности является годовщина какой-либо тяжелой утраты, и последнее, конечно, может выступать пусковым моментом как для депрессии, так и для суицида. Кроме того, члены семьи и врачи общей практики должны быть обучены серьезно воспринимать заявления пациента относительно причинения себе вреда, убирать из окружения больного любые средства для его совершения и понимать важность таких форм поведения, как внезапные изменения завещания, раздача принадлежащих пациенту предметов либо внезапные изменения в религиозных интересах.

Факторами суицидального риска в позднем возрасте являются: депрессия, тревожные расстройства, психозы (шизофрения) и деменция (точки зрения на последнюю довольно противоречивы), а также соматические заболевания (рак), терминальные состояния.

Суициды у женщин обусловлены плохим психическим и соматическим здоровьем и социальным статусом старых женщин, а также большим уровнем бедности, вдовства и брошенности в силу большой продолжительности жизни (Canetto S.S., 1992). Сдерживающими факторами суицида у женщин могут быть: большая способность к адаптации, чем у мужчин; более прочные социальные связи; большая независимость в повседневной активности; выраженное чувство полезности в связи с обязательствами перед детьми и внуками.

В большинстве случаев самоубийства в позднем возрасте совершаются дома в одиночестве. Пожилые люди реже оставляют суицидальные записки. Повторные суицидальные попытки у мужчин совершаются при наличии проблем общения (Shah A.K., 1998).

В сообщении Cattell и Jolley (1995) внимание было привлечено к факту, что только 14% тех, кто совершил суицид, находились в контакте со специализированными службами, тогда как почти половина недавно общалась со своими общепрактикующими врачами.

Уместной стратегией предупреждения суицидов у пожилых людей является привлечение широкого общественного внимания к этой проблеме, развитие служб, активно выходящих на группы риска, и противостояние терапевтическому нигилизму среди врачей при лечении депрессий.

Диего де Лео и Гайа Менегел (2005) предлагают следующие виды превенции суицидального поведения в позднем возрасте.

Первичная превенция направлена на лиц с отсутствием актуальных суицидальных мыслей. Ее целью является улучшение качества жизни пожилых людей и снижение риска травматических воздействий в будущем. Вторичная превенция направлена на выявление и ликвидацию факторов, влияющих на суицидальное поведение путем создания централизованных программ поддержки. Третичная превеция состоит в работе с переживающими утрату после самоубийства, проработку острого горя. Каждый суицид старого человека в среднем становится причиной кризиса у шести человек: супруга, братьев или сестер и сверстников, а также детей, внуков и близких родственников (Steffens D.C., Blazer D.G., 1999).

Не исключено, что в связи со «старением» человеческой популяции и существенным увеличением

средней продолжительности жизни абсолютное число суицидов в позднем возрасте будет увеличиваться.

Телефон доверия является звеном экстренной психологической помощи, осуществляемой в любое время суток специалистами консультантами лицам, находящимся в острых и трудноразрешимых кон-фликтных ситуациях. Преимущество телефонного звена помощи заключается в доступности, быстроте и своевременности установления контакта, анонимных условиях оказания помощи. Рекомендуемые штатные нормативы телефона доверия: рассчитан на один миллион населения, предполагает наличие ставок – 2 врачей-психиатров (психотерапевтов), 2 медицинских психологов, 2 медицинских сестер, 0.5 должности медицинского статистика.

Цель. Служба неотложной телефонной помощи прилагает усилия, чтобы страдающий, отчаявшийся или думающий о самоубийстве человек имел возможность установить немедленный контакт с челове-ком, готовым выслушать его как друга и имеющим навыки оказания помощи в ходе беседы при уважении полной свободы абонента. Эта помощь распространяется не только на первый телефонный контакт, но продолжается в течение всего психологического кризиса, пока человеку требуются совет и поддержка.

Принципы. Абонент должен быть уверен в полной конфиденциальности. Никакая информация, полученная от него, не может быть вынесена за пределы службы без его специального разрешения. Ни абоненты, ни работники служб неотложной телефонной помощи не должны подвергаться конфессиональному, религиозному, политическому или идеологическому давлению. Работники принимаются в службы только после тщательного отбора и обучения; они отбираются прежде всего на основании способности понимать другого человека, эмпатии и чувства солидарности с ним.

Методы. Штат службы неотложной телефонной помощи может состоять как из оплачиваемых работников, так и из волонтеров, причем последние играют основную роль в деятельности службы. Они работают как единая команда. Сотрудники службы проходят начальный курс обучения, после которого они работают в условиях продолжительной супервизии одного или нескольких человек, выделенных для этой цели в службе.

Г. Хэмбли (1992) выделяет следующие задачи кризисного консультанта, работающего на Телефоне Доверия: 1) уловить «сигналы», оповещающие о наличии суицидальных мыслей или тенденций; 2) оценить степень суицидального риска; 3) проявить мягкую, ненавязчивую заботу о клиенте, помочь в принятии решения в пользу образа действий, исключающего самоубийство, хотя бы на данный момент времени.

В.Ю. Меновщиков (2002) подчеркивает важность умения как можно дольше поддерживать разговор с потенциальным суициден- том, поскольку это помогает установить с ним эмпатийные отношения. Излишняя заботливость, как и оспаривание высказываний абонента, вызывают у него опасение, что у него хотят отнять контроль над принятием решений.

Г. В. Старшенбаум (2005) подробно описывает особенности и условия оказания кризисной помощи по телефону.

Психологическая помощь по телефону обладает рядом преимуществ, которые, по сравнению с традиционной очной терапией, весьма значимы для кризисных пациентов (Амбрумова, Полеев, 1986, 1988). Пространственные особенности. Телефонная связь позволяет оказывать психотерапевтическое воздействие на абонента, находящегося на любом расстоянии от психотерапевта. Временные особен-ности. Абонент может в любое удобное для него время незамедлительно соединиться с

психотерапевтом, что особенно важно для лиц с низкой выносливостью к психологическому стрессу. Максимальная анонимность. Контакт по телефону обеспечивает максимальную анонимность пациентов, что для многих из них является существенным. Возможность прервать контакт. Телефонный абонент может прервать беседу с психотерапевтом в любой момент.

Подобная возможность контролировать ситуацию общения имеет большое значение для лиц, нуждающихся в психологической безопасности. Эффект ограниченной коммуникации. Исключительно акустический характер телефонной коммуникации способствует вербализации, а тем самым и лучшему осознанию переживаемой ситуации. Это, наряду с возможностью аффективного отреагирования, помогает пациенту интеллектуально овладеть травмирующей ситуацией, уменьшает чувство тревоги, облегчает реалистическое принятие ситуации и переход к конструктивной личностной позиции. Эффект доверительности. Голос телефонного терапевта звучит в непосредственной близости от абонента, что придает особую интимность беседе, быстро формирует ее доверительную атмосферу, облегчает раскрытие глубоко личных проблем.

Цель телефонной терапии – предотвратить дальнейшее развитие остро возникших кризисных состояний, помочь разрешить психотравмирующую ситуацию и тем самым предотвратить возможное покушение на самоубийство. Данная цель определяет две основные задачи телефонной терапии: 1) помощь в овладении и преодолении актуальной психотравмирующей ситуации, включая эмпатическую поддержку и когнитивное руководство; 2) коррекция неадаптивных личностных установок, обусловливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций. В свою очередь решение указанных задач требует соблюдения

определенных принципов экстренной телефонной психотерапии.

Анонимность абонента укрепляет в пациенте нарушенное психотравмирующим событием чувство безопасности, повышает доверительность при обсуждении интимно-личных проблем. Установление взаимоотношений ««сопереживающего партнерства» необходимо, поскольку эмоционально-нейтральные взаимоотношения воспринимаются кризисными пациентами как проявления неприятия и отвержения. Доступность психотерапевта, достигающаяся сообщением абоненту графика работы телефонного терапевта и приглашением к обращениям, купирует переживания одиночества и беспомощности, обладающие большой суицидогенностью. Последовательность этапов терапии особенно важна, поскольку переход к очередному этапу помощи без завершения предыдущего ведет к нарастанию чрезмерных требований к пациенту, усиливает тем самым чувство его несостоятельности, снижает самооценку и, соответственно, усиливает суицидальный риск.

Разделение всех обращений в Центры телефонной помощи проводится на три группы: 1) обращение за психотерапевтической помощью; 2) обращение за информацией; 3) «молчащие» звонки. Среди обратившихся за психотерапевтической помощью в телефонную службу выделяют три наиболее многочисленные группы: проблемные пациенты, кризисные пациенты и лица, находящиеся в состоянии хронической социально-психологической дезадаптации из-за личностных особенностей (Полев А.М., Малофеева Т.А., 1986).

Первая психотерапевтическая беседа с острым кризисным пациентом имеет решающее значение в предотвращении дальнейшего кризиса. Она складывается из нескольких последовательных этапов, каждый из которых

имеет свою специфическую задачу и определенный спектр терапевтических приемов.

Главная задача начального этапа беседы – установления контакта – убедить пациента в эмоциональном принятии и сочувствии, а также в обладании необходимыми профессиональными знаниями и жизненным опытом. Необходимо обеспечить клиенту вентиляцию чувств, принять его злость и готовность к манипулятивным действиям. Следует дать клиенту гарантию того, что терапевт может быть полезен ему и заинтересован в продолжении разговора.

Сам факт обращения абонента можно использовать для подкрепления позитивных настроений, выразив свое удовлетворение тем, что он поступил именно так. Как правило, на данном этапе пациент может раскрыть свои суицидальные переживания, что способствует повышению его ответственности за свое суицидальное поведение и уменьшает вероятность совершения попытки самоубийства – прием вербализации суицидальных переживаний.

При реакции острого горя высказывания терапевта должны носить характер сострадательной эмпатии, что пробуждает у абонента жалость к себе, которая купирует аутоагрессию.

В процессе беседы проводится исследование суицидального риска. Для этого у позвонившего спрашивают, собирается ли он совершить суицид, готов ли у него план, имеется ли доступ к средствам самоубийства. Риск повышается, если абонент находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, и существенно уменьшается, если он готов заключить договор об отказе от самоубийства. Заключение договора завершает первый этап работы.

Второй этап направлен на интеллектуальное овладение ситуацией. Терапевт, сочувственно выслушивая обратившегося, уменьшает эмоциональную напряженность;

задавая соответствующие вопро-сы, формирует в сознании пациента объективную и последовательную картину психотравмирующей ситуации в ее развитии – прием структурирования ситуации. Во многих случаях у обратившихся имеется представление об уникальности их ситуации, страданий, личностных особенностей и ошибочных действий. Терапевт должен тактично подчеркнуть, что аналогичные ситуации и переживания встречаются достаточно часто – прием преодоления исключительности ситуации.

При острых кризисных ситуациях психотравмирующее событие зачастую воспринимается личностью как неожиданное, не имеющее понятных причин и поэтому непреодолимое. Раскрывая последовательность ситуации, терапевт показывает ее связь с предшествующими событиями и, следовательно, возможность ее изменения – прием включения в контекст жизненного пути.

Обратившиеся часто считают, что критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. В таких случаях терапевт подчеркивает, что у абонента есть время на обдумывание и принятие адекватного решения – прием снятия остроты ситуации. Рассказывая о своем жизненном пути, пациент сообщает о своих трудностях, которые ему удавалось преодолевать, о своих достижениях и психологических возможностях. Терапевт тактично подчеркивает эти позитивные механизмы, являющиеся мощным, но не всегда осознанным антисуицидальным фактором – прием терапии успехами и достижениями.

Кроме того, на протяжении второго этапа беседы используются следующие психотерапевтические приемы. Повторение содержания высказывания: абоненту сообщается, что его внимательно слушают и правильно понимают. Прием позволяет пациенту уточнить или переформулировать свои высказывания. Отражение и

разделение эмоций: терапевт высказывает сочувственное разделение таких суици-доопасных переживаний, как отчаяние, тревога, горе, чувства стыда, обиды и унижения. Прием стимулирует более открытое проявление эмоций, особенно показан при тоске, подавленности. Поиск источников эмоций: абоненту предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния с помощью вопросов типа: «Что именно в этой ситуации вас так ранит?» Прием помогает пациенту осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.

Второй этап беседы можно считать завершенным, когда терапевт, обобщив всю полученную информацию, высказывает точную формулировку переживаемой пациентом ситуации – прием формулировки ситуации. Указанный прием помогает пациенту рационализировать происходящее, интеллектуально овладеть ситуацией и реалистически принять ее. Кроме того, благодаря данному приему, пациент знает, что его проблема понята другим человеком, что уменьшает переживания одиночества и безвыходности.

Третий этап – планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации. Основываясь на достигнутом ранее интеллектуальном овладении и реалистическом принятии ситуации, пациент подводится к осознанию того, какое разрешение ситуации наиболее для него приемлемо – прием идентификации целей. На этом этапе некоторые пациенты пытаются уйти от сути проблемы к обсуждению своего состояния, в этом случае терапевту необходимо вернуть абонента к обсуждению конкретных планов – прием фокусирования на ситуации.

Специфическими психотерапевтическими приемами данного этапа являются интерпретация, планирование и удержание паузы. Интерпретация: терапевт высказывает гипотезы о возможных способах разрешения ситуации.

Планирование: побуждение пациента к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности. Удержание паузы: молчание терапевта имеет целью предоставить пациенту возможность проявить инициативу, стимулировать вербализацию разрабатываемых им планов поведения.

Четвертый этап – коррекция суицидальных установок абонента. Обязательным является убеждение пациента в следующем:

– тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в настоящий момент, – это временное состояние, в процессе терапии оно улучшится; другие люди в аналогичных обстоятельствах чувствовали себя так же тяжело, но потом их состояние полностью нормализовалось;

– жизнь пациента нужна его родным, близким, друзьям; его уход из жизни станет для них тяжелейшей травмой;

– каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решать этот вопрос лучше после восстановления душевного равновесия.

При этом необходимо стимулировать воображение пациента перспективами оптимистического будущего – терапия апперцепцией. Этот прием требует от терапевта умения «рисовать словами», не столько рассказывать о будущем, сколько его «показывать».

У многих потенциальных суицидентов обнаруживаются представления о всемогуществе суицида как средства воздействия на значимого другого. Эта суицидогенная установка корригируется следующим образом. Терапевт пытается понять, что именно хочет сообщить значимому другому пациент своей попыткой самоубийства, и совместно с пациентом разрабатывает иной способ донесения до партнера этого сообщения.

Завершение терапии, как правило, вызывает у пациентов тревогу, которую необходимо разделить; следует укрепить уверенность пациента в своих силах и обсудить,

каким образом опыт разрешения данной кризисной проблемы будет полезен ему для преодоления жизненных трудностей в будущем.

А.Н. Моховиков (2001) указывает на запрещенные приемы телефонного консультирования. Высказывания-решения, перекладывающие ответственность с абонента на консультанта: 1) указания, приказы, направления; 2) предупреждения, угрозы, убеждения;

3) морализирование, поучения, наставления; 4) советы, предложения, решения; 5) убеждение путем спора, инструктирование, лекции.

Высказывания, снижающие самооценку собеседника: 1) осуждение, критика, несогласие, обвинение; 2) чрезмерное восхваление, манипулятивное согласие, лицемерное одобрение, обещание награды;

3) высмеивание, стремление пристыдить; 4) интерпретация, анализ, постановка диагноза; 5) разубеждение, формальное утешение, поддержка как «заговаривание зубов»; 6) расследование, допрашивание.

Высказывание отрицания с целью снизить значение переживаний абонента: уход от проблемы, отвлечения, насмешка.

Автор предостерегает от типичных ошибок телефонного диалога. К ним относятся: чрезмерно быстрое определение проблемы; беседа о проблеме, а не о человеке; неприятие ценностей абонента; обсуждение ложной проблемы; взгляд сверху; чрезмерное отождествление, обвинение и позиция эксперта.

Подробно описываемый алгоритм работы консультанта важен в связи с тем, что контакт с суицидентом может быть первым и последним, а продолжение его зависит от того, какое впечатление произвел на суицидента консультант и насколько он помог пациенту снизить остроту проблемы.

Кабинет социально-психологической помощи (КСПП) предназначен для выявления и амбулаторной помощи лицам с суицидальным поведением, не находящимся на учете в ПНД. КСПП может располагаться в городской поликлинике, в нем могут работать врач-психиатр (прошедший специализацию по суицидологи и психотерапии), медицинский психолог, медицинская сестра и социальный работник.

Показаниями для ведения пациентов в КСПП являются:

– непатологические и невротические ситуационные реакции;

– психопатические реакции, ситуационные декомпенсации психопатий;

– психогенные и невротические депрессии в невыраженной форме;

– патологические развития личности;

– психогенно обусловленные реакции больных психическими заболеваниями на фоне ремиссий.

Сведения о больных с острыми психотическими расстройствами передаются в ПНД.

Врач КСПП обязан:

1) проводить амбулаторноое обследование, терапевтическое и реабилитационное ведение всех лиц, совершивших суицидные попытки. В кабинет СПП пациенты могут обращаться самостоятельно, направляться из суицидологического кабинета ПНД, кризисного стационара и выявляться при диспансеризации;

2) фиксировать каждое обращение пациента в журнале амбулаторного приема, оформлять амбулаторную карту и выдавать при необходимости листы нетрудоспособности и справки об освобождении от учебы;

3) обеспечивать направление пациентов при наличии соответствующих показаний в психиатрическую больницу и кризисный стационар;

4) систематически контролировать работу медицинского персонала, проводить с ними занятия по профилактике самоубийств, пропагандировать психогигиенические знания среди населения путем проведения лекций и бесед;

5) вести медицинскую документацию, в амбулаторных картах отражать степень суицидального риска.

Контингент пациентов суицидолога составляют также психически больные с суицидальным поведением. Психически больные являются хронически суицидальной категорией и совершают самоубийства гораздо чаще, чем здоровые.

Суицидальный риск у женщин, состоящих под наблюдением ПНД, в 1,5 раза выше, чем у мужчин (Цупрун В.Е., 1986; 1989). Больше всего суицидальных попыток совершается весной с 18 до 24 часов. Половина больных используют способ самоотравления (чаще женщины) психотропными и снотворными средствами; каждый третий вскрывает вены (чаще мужчины), каждый десятый вешается.

Высокий риск самоубийства обнаруживают больные с реактивными депрессиями и психопатиями в связи с психотравмирующими ситуациями. Больные с параноидной шизофренией и психопатией возбудимого и астенического круга обнаруживают состояние хронической дезадап¬тации с высоким риском суицида (60%). У больных маниакально-де¬прессивным психозом, циклотимией, простой шизофренией отмеча¬ется периодические дезадаптационные кризы, во время которых 30% больных совершают повторные суицидальные попытки. У больных с психопатоподобной шизофренией, органическим поражением ЦНС с психопатоподобной симптоматикой, а также психопатиями возбудимого и истерического типа

наблюдается периодическая дезадаптация с девиантным поведением (повторный суицид совершают 50% из них).

Контингент больных, подлежащих наблюдению в суицидологическом кабинете ПНД, состоит из двух групп:

1) больные, совершившие попытку самоубийства;

2) больные с суицидальными тенденциями.

В обязанности врача суицидологического кабинета входят:

– обследовать по направлению участковых психиатров больных с суицидоопасными тенденциями; осуществлять динамическое диспансерное наблюдение и лечение этих больных вплоть до ликвидации суицидального риска; при отказе больных от лечения у суицидолога давать участковому врачу подробные рекомендации по их дальнейшему терапевтическому ведению;

– активно выявлять на участках обслуживания больных, совершивших суицидные попытки, и осуществлять их диспансерное наблюдение в течение года с момента покушения;

– участвовать в ведении и выписке больных территории обслуживания, помещенных в психиатрическую больницу в связи с суицидной попыткой; в последующем наблюдать их амбулаторно в течение года;

– обследовать лиц, направляемых из кабинетов социально-психологической помощи поликлиник, и решать вопрос о необходимости их лечения в суицидологическом кабинете диспансера. В случае такой необходимости осуществлять их лечение вплоть до ликвидации суицидального риска. При отсутствии показаний для лечения в суицидологическом кабинете направлять психически больных к участковым психиатрам; выдавать больным при необходимости листы временной нетрудоспособности;

– при наличии соответствующих показаний обеспечивать госпитализацию пациентов в психиатрическую больницу или в Кризисный стационар;

– на еженедельных совещаниях врачей диспансера докладывать обо всех случаях самоубийств и покушений среди больных, состоящих под диспансерным наблюдением, с их кратким анализом и изложением превентивных рекомендаций;

– осуществлять координацию работы медицинского психолога, социального работника и медицинской сестры;

– в конце года представлять руководителю территориальной суицидологической службы и главному врачу диспансера, в котором расположен суицидологический кабинет, отчет о проделанной работе;

– врач-суицидолог в полном объеме должен вести медицинскую документацию.

Важное значение имеет также работа с родственниками пациентов и психофармакологическое лечение.

# НАЗНАЧЕНИЕ СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ СУИЦИДОВ

Социальные сети и средства массовой информации в России активно популяризуют совершение самоубийства, что приводит к формированию у молодежи настроя на совершение суицида. Этому способствует также

- издание печатной продукции различных видов;
- отсутствие порицания, а зачастую и откровенная пропаганда и одобрение самоубийств на различных интернет сайтах и форумах, призывы к совершению суицида, на выполнение различного рода заданий суицидального характера, распространяемые в так называемых «группах смерти», создаваемых в социальных сетях,
- распространение различной музыки, подталкивающей к суициду, а также размещение подробной информации об исполнителе, покончившем жизнь самоубийством;
- существование компьютерных игр, в которых нужно убивать самого себя, тем самым накапливая очки, причем изощренность способа суицида, прямопропорциональна количеству набранных очков.
- трансляция на телеканалах сериалов и фильмов с изображением суицидов, порнографии и т.д.;
- иные способы.

Все это своего рода благоприятная почва, являющаяся фундаментом для развития у детей суицидального

поведения. Пропаганда такой формы поведения, толкает все больше молодежи на совершение преступлений.

В современном обществе причины, которые приводят к совершению суицидов несовершеннолетних, обусловлены активным влиянием на их поведение сети Интернет. У детей есть возможность, посетить сеть интернет поздно вечером, когда родители спят и не могут контролировать подростков. В интернете детей обучают как вести себя, чтобы взрослые не заподозрили о желании подростка покончить жизнь самоубийством.

Однако, в независимости от того, что рост количества самоубийств в России, уголовные дела возбужденные по ст. 110 УК РФ практически не возбуждаются и количество лиц осужденных за их совершение, ничтожно мала.

Проблематика доказывания вины по делам о доведении самоубийства очевидна. Это связано с тем, что количество следственных действий проводимых при расследовании данного вида преступлений ограничено, зачастую следователю приходится ограничиться только обысками, допросами.

Также при расследовании суицидов могут быть назначены судебные экспертизы, такие как:

I.Основные экспертизы:

а) судебно-медицинская;

б) посмертная психолого-психиатрическая.

При назначении последней в распоряжение эксперта должны быть предоставлены медицинские документы, характеризующий материал с места учебы и места жительства, протоколы допросов свидетелей, рисунки, письма, дневники, школьные сочинения, литературные произведения подэкспертного, электронные устройства с которых осуществлялся выход в социальные сети.

II. При обнаружении различных предметов, где требуются специальные знания в соответствующей области:

а) портретная экспертиза;

б) дактилоскопическая и трасологическая экспертизы;

в) баллистическая - при совершении самоубийства с помощью оружия;

г) автороведческая и (или) почерковедческая - при обнаружении предсмертных записок с целью установления ее автора и (или) исполнителя.

При расследовании дел о доведении до самоубийства посредством сети интернет, помимо вышеуказанных, необходимо проведение информационно-компьютерной и психолого-лингвистической экспертиз [1].

Прибегнув к информационно-компьютерной экспертизе, следователь может обнаружить и оценить информацию необходимую для организации информационных процессов в сети интернет. Для проведения данной экспертизы используются файлы, подготовленные с использованием программных средств.

Компьютерно-сетевая экспертиза необходима для установления:

- адресов сети интернет, с которыми пользователь соединялся;
- признаков работы конкретного компьютерного средства в сети Интернет;
- электронных сообщений, полученных и отправленных по электронной почте.

Также необходимо проведение компьютерно-технической экспертизы, мобильных телефонов, которая помогает установить информацию о наличии фото-, видео- и

аудиофайлов, сведений о посещениях сети интернет, сведений о соединениях с другими абонентами.

Компьютерно-техническая экспертиза необходима:

- для выявления социальных групп, которые склоняют несовершеннолетних к совершению суицида;

- для установления личности администраторов сайтов, на которых детям предлагают совершить суицид;

- установление личности человека, пропагандирующего и призывающего к совершению суицида.

Было установлено, что деятельность «группы смерти» осуществлялась исключительно в социальной сети «ВКонтакте». Участники таких закрытых «групп смерти» называют себя «китами», у которых на личных страницах социальных сетей встречаются видеоролики, фотоизображения с летающими китами.

На принятие решения о самоубийстве может подвигнуть принуждение, совершенного в отношении него, также принуждение могло повлечь за собой психическое расстройство несовершеннолетнего потерпевшего. Таким образом при расследовании преступления связанного с доведением до самоубийства, целесообразно использовать специальные знания.

Так, психолого-лингвистическая экспертиза по делам о самоубийствах несовершеннолетних, решает следующие задачи:

- установление инициатора, предмета беседы, участие в переписке иных лиц;

- выявление психологических и лингвистических признаков воздействия, угроз, оказания давления, оказываемого на несовершеннолетнего в случае невыполнения одного из заданий или выхода из «игры».

- установление личностных качеств, проявляющихся в беседе;

- установить наличие психологических установок;

- установление конкретного выражения реакции несовершеннолетнего на уровне эмоционального отношения, действий, отраженных в переписке.

Данный вид экспертиз может проводиться в очной форме, заочной, с использованием средств, аудио- или видеозаписи, и личных страниц в социальных сетях, интернет-форумов, блогов и т.д.

Необходимо усилить дальнейшую работу в сфере расследования случаев доведения до самоубийства несовершеннолетних, по следующим направлениям:

- выявление запрещенных сайтов и иных социальных групп, склоняющих к совершению суицидов;

- установление личности человека, занимающегося пропагандой суицида

- установление личности администраторов сайтов.

Своевременное назначение, и производство судебных экспертиз, а также различных следственных и процессуальных действий и оперативно-разыскных мероприятий поможет решению указанных задач.