

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

**СУИЦИДОЛОГИЯ**  
**сборник учебно-методических материалов**  
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению  
редакционно-издательского совета  
факультета социальных наук  
Амурского государственного  
университета*

*Составитель: Иванова Е.А.*

Суицидология: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 – Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017.

Рассмотрен на заседании кафедры психологии и педагогики

26.06.2017, протокол № 11.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Иванова Е.А., составление

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	21
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	24

## КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

### Тема 1. Суицид в философии, истории, религии и культуре.

Термин «суицид» появился в 17 веке, и практически не употреблялся до середины 18 века. Термин «суицидология» начали употреблять в начале 20 века. Но люди начали убивать себя гораздо раньше. Неизвестно, когда человек совершил первое самоубийство, но известно, что намеренно и сознательно лишать себя жизни человек начал давно. Это подтверждают и антропологические исследования первой половины двадцатого века. В то время на Земле было достаточное количество глухих и нетронутых уголков, в которых по законам первобытнообщинного строя жили люди. В одних общинах самоубийство считалось сугубо «личным делом», в других на самоубийство было наложено табу, а его попытки жестоко каралась. Были общины, где существовали религиозные обряды и культы, связанные с самоубийством. Но, так или иначе, самоубийство присутствовало в каждой культуре. Первые закрепленные ограничения, связанные с суицидом, как с действием, наносящим вред племени или общине, стали появляться еще в доклассовом обществе. Во многих племенах Нигерии, Уганды, Кении самоубийство однозначно считается злом и заслуживает наказания. Дерево, на котором повесился несчастный и его дом придают очистительному огню, а родственникам покойного запрещается подходить к трупу. В древней Греции, давшей миру демократию, право добровольно покинуть этот мир предоставлялось гражданам лишь в некоторых случаях. Способ самоубийства мог выбрать тот, кого закон приговорил к смерти, и Сократ, выпивший яд, не стал исключением. Самоубийство, совершенное без разрешения властей, строго осуждалось и каралось посмертным позором – в Афинах и Фивах у самоубийцы отсекали руку и хоронили отдельно. Смерть спартамца Аристоклена, который желал умереть и добился своего в Платейской битве, вызвала лишь осуждение. Хотя есть и исключение – мудрый спартанский законодатель Пикаур. Перед тем как пойти в Дельфийский оракул, он взял с граждан города клятву жить строго в соответствии с введенными им законами, до тех пор, пока он не вернется. А когда Оракул одобрил новые законы, Пикаур совершил самоубийство, уморив себя голодом. Тем самым жители Спарты, вынужденные соблюдать данное слово, жили в соответствии с реформами Пикаура. Первым, решившим посмотреть на самоубийство с другой стороны, был Монтень, писавший об этом «благородном средстве». Дэвид Юм в 1777, спустя лишь 20 лет после написания, решился опубликовать свою работу «О самоубийстве». Книга сразу же попала в список запрещенных изданий. Поскольку отношение к самоубийству, как явлению, постепенно менялось, те, кто его совершал, часто признавались уже не преступниками, а психическими ненормальными.

«Суицидология» есть термин, закрепившийся, прежде всего, в современной науке; он обозначает такую исследовательскую «отрасль» («дисциплину»), предметом которой является самоубийство. До тех пор, пока суицидология остаётся только научной «отраслью», в ней могут применяться лишь частные методы науки: либо в единственном числе – в границах отдельных наук (в психологии, в социологии, в медицине и т.д.), либо в сумме – в тех случаях, когда суицидология утверждается в качестве специфической научной дисциплины. Открыть, в чём состоит суть суицида, наука не в состоянии (по собственной ограниченной природе) и потому должна обращаться за объяснениями к философии. Именно философия может определить, что такое суицид и, соответственно, с какой исследовательской меркой к нему надо подходить (если, конечно, имеется в виду адекватность и результативность этого подхода, а не формальная теоретико-методологическая непротиворечивость). Философская суицидология, кроме того, в силу одного лишь своего наличия утверждает неизбежную ограниченность частных методов науки (даже в их сумме) и тем самым выявляет относительность любого научного заключения на тему самоубийства. В этом смысле философия суицида (как фундаментальное познание самоубийства в его сути) необходимо предшествует всякой научной суицидологии – предшествует не только в теоретическом (логическом) измерении, но и в хронологическом (что и будет показано в настоящем исследовании). Таким образом, суицидология может быть

выстроена лишь на философском фундаменте. Итак, самоубийство будет рассмотрено здесь философски, а именно – в плане аксиологически (катафатически) реконструированной экзистенциальной (апофатической) философии. Иначе говоря, предмет исследования будет подвергнут анализу с точки зрения значения, являющегося определяющим и для теоретического усилия, и для практически ориентированной (активно предпочитающей) воли. При этом надо сказать, что в процессе исследования духовных аспектов вольной смерти автор избегал углубления в теологическую проблематику («теологическую» в том самом значении, которым современные отечественные профессиональные философы пугают друг друга) – отчасти для того, чтобы соблюсти философскую «чистоту» и хоть какое-то подобие методологического единства курса, отчасти из-за недостатка профессиональной компетентности в теологических вопросах. Самые большие изменения произошли с приходом христианства. Вернее в то время, когда оно достаточно широко распространилось и стало официальной религией Римской империи. Взяв за основу постулат «Кесарю кесарево», а «Богу Богово», согласно которому бессмертной душой мог распоряжаться только тот, кто ее дал – то есть Всевышний, Церковь повела плотное наступление на самоубийство, как явление.

Религия имеет большое значение в жизни людей. Религия придает ей смысл и разумность. Верующий человек живет ради высшей цели и считает невзгоды – испытанием, которое необходимо преодолеть. Религия вводит понятие ответственности человека за его поступки и, в конечном итоге, за всю его жизнь. Главная социальная функция религии на протяжении истории состояла в том, чтобы человечество соблюдало хотя бы некие минимальные нормы общежития, чтобы наш биологический вид, склонный к истреблению себе подобных, выжил. Система религиозных запретов (заповедей) задавала определенные координаты этического поведения. В наши дни религиозное чувство несколько ослабло, но человечество стало менее жестоким и нетерпимым чем пятьсот лет назад. Религиозная принадлежность играет очень важную роль в принятии суицидального решения: одни конфессии воздвигают больше моральных и психологических запретов на пути к самоубийству, другие меньше. Восточные религии не считают самоубийство абсолютным злом, в отличие от «антисуицидных» конфессий (христианство, ислам, иудаизм). В протестантских странах уровень самоубийств выше, чем в католических. Дело в том, что протестантизм более индивидуалистичен, не перекладывает ответственность за неудачи с личности на Бога или судьбу. В этой конфессии выше степень свободы выбора. Религия, являясь глубоко укорененным компонентом духовной и бытовой культуры общества, косвенно влияет даже на поступки человека нерелигиозного. Поэтому рассматривать феномен суицида необходимо не только со стороны науки, но и в религии.

## **Тема 2. Общая характеристика суицида.**

Суицидом называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредовано является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если последний знал об ожидавших его результатах.

Можно выделить следующие черты, характеризующие данное явление:

1. Общей целью суицида является нахождение решения. Прежде всего, суицид не является случайным действием. Он никогда не будет бессмысленным или бесцельным. Самоубийство является решением проблемы, дилеммы, брошенного кому – либо вызова, выходом из затруднений, психологического кризиса или невыносимой ситуации. Ему свойственна своя непогрешимая логика и целесообразность. Суицид является ответом – единственно доступным для человека ответом на труднейшую задачу: как из этого выбраться? Цель каждого суицида состоит в поиске разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему страдания. Чтобы понять причину самоубийства, нужно прежде всего знать проблемы, решить которые он предназначен.

2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания. Своеобразным образом суицид является одновременно движением к чему – то и бегством от чего – либо. То, к чему движется человек, общая практическая задача суицида состоит в полном прекращении сознания

невыносимой душевной боли. У отчаявшегося человека возникает мысль о возможности прекращения сознания как ответе или достойном выходе из невыносимой ситуации при наличии у него чрезмерного душевного волнения, сильного уровня тревоги и высокого летального потенциала – трёх обязательных составных частей суицида, – после этого возникает инициирующая искра, провоцирующая начало активного суицидального сценария.

3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль. Если прекращение потока сознания – это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль – это то, от чего он стремится убежать. Никто не совершает самоубийства от радости: его не может вызвать состояние блаженства. В клинической суицидологии является правилом: снизьте интенсивность страдания и человек выберет жизнь.

4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Суицид следует понимать не как необоснованный поступок – любое самоубийство на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определённом круге проблем кажется логичным человеку, – а как реакцию на фрустрированные психологические потребности человека. Прежде всего, суицид совершается из-за нереализованных или неудовлетворенных потребностей.

5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность – безнадежность. В суицидальном состоянии возникает преобладающее чувство беспомощности – безнадежности: «Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства) и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)».

В 20 веке традиционно считалось, что враждебность является доминирующей эмоцией при суициде. Сегодня указывают и на другие, имеющие к нему отношение, глубокие, базисные эмоции: стыд, чувство вины, фрустрированная зависимость. За ними находится сильное чувство внутренней опустошенности, беспомощности – безнадежности. Эта генерализованная эмоция проявляется в смятении и тревоге. При работе с человеком в состоянии душевного смятения, с выраженными тенденциями, нецелесообразно и бесполезно воздействовать на них непосредственно путем увещаний, разъяснительных бесед, порицания, давления или другим аналогичным образом. Наиболее эффективным путем снижения их интенсивности является не прямое воздействие посредством уменьшения эмоционального напряжения и смятения.

6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. З.Фрейд обратил внимание на такую психологическую истину, когда нечто может одновременно являться Я и не-Я. Один и тот же человек может нам нравиться и не нравиться. Амбивалентность является совершенно естественным состоянием при самоубийстве: человек чувствует, что должен совершить его, и одновременно желает и даже планирует посторонние вмешательства.

7. Общим состоянием психике при суициде является сужение когнитивной сферы. Суицид можно охарактеризовать как преходящее аффективное сужение сознания с ограничением использования интеллектуальных возможностей. Синонимом сужения является «туннельность», т.е. резкое ограничение вариантов выбора поведения. В обыденной речи потенциальный самоубийца проявляется в использовании слов, отражающих пресуицидальное дихотомическое мышление («все или ничего»). Далее возникает отчаяние, порожденное ограниченным видением только двух альтернатив. Таким образом, любая попытка помочь самоубийце должна, в первую очередь, исходить из наличия у него патологического сужения когнитивной сферы. Важно противодействовать именно сужению мыслей суицидального человека, предпринимая попытку раздвинуть психические шторы и увеличить число вариантов выбора за пределы только двух.

8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Эгрессией называется преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. К числу вариантов бегства относятся, например, уход из дома или семьи, увольнение с работы. Самоубийство является предельным, окончательным бегством.

Смыслом самоубийства является радикальная и окончательная смена декораций: действием, приводящим к этому, и является бегство.

9. Общим коммуникативным действием является сообщения о своем намерении. Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, взывают о помощи, ищут возможности спасения. Примечательно, что общим коммуникативным действием при самоубийстве является не вражда, ярость или разрушение и даже не уход от других людей внутрь себя, а именно сообщение о своих суицидальных намерениях. Внимание к таким сообщениям и своевременное распознавание их является незаменимым способом превенции суицидов.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения в течение жизни. Когда мы сталкиваемся с суицидом, то нас поначалу сбивает с толку тот факт, что он по природе своей представляет собой поступок, которому нет аналогов в предшествующей жизни человека. Но ему можно найти глубокие соответствия в стиле и характере человека в течение всей жизни. Необходимо вернуться к предыдущим состояниям душевного волнения, оценить способность человека переносить психическую боль, наличие у него тенденций к суженному (дихотомическому) мышлению, попытаться найти уже использовавшиеся парадигмы бегства. Таким образом, существует преемственность с тем, как человек раньше справлялся с подобными трудностями.

Исходя из всего сказанного, самоубийство можно понимать как действия человека с целью самоуничтожения в ответ на возникшие проблемы, трудности, протекающие на фоне определенных эмоциональных и психологических состояний.

### **Тема 3. Основные теоретические подходы к суициду.**

*Репрессивный и биологический подходы.* В основе репрессивного, самого древнего подхода к самоубийству, лежала идея его запрета. Церковь и римское право приравнивали суицид к убийству, и в средневековой Западной Европе труп самоубийцы проносили по городским улицам, закапывали на перекрестках с вбитым в сердце осиновым колом, бросали в овраг вместе с падалью, сжигали как жилище сатаны. Французские законы XVII столетия предписывали вешать самоубийцу голым за ноги, а его имущество отдавать королю. В 1804 г. Наполеон отменил судебное преследование суицидентов, и оно постепенно исчезло из всех европейских законодательств. Со второй половины XIX в. добровольное лишение себя жизни перестало быть редким поступком. В русском языке слово «самоубийство» появилось в царствование Петра Великого и связано оно с массовыми самосожжениями раскольников-старообрядцев. В дальнейшем эти средневековые кары постепенно смягчались: покушавшихся на самоубийство били плетью, ссылали на каторгу, заключали в тюрьму, а покончивших с собой лишали христианского погребения. Отдельные аспекты суицида анализировались русскими учеными еще в XIX – начале XX в. Признавая уже тогда самоубийство как «болезнь века», затрагивающую интересы различных дисциплин, отечественные врачи и общественные деятели призывали объединить усилия представителей различных специальностей в создании комплексной, междисциплинарной науки «суицидологии» – задолго до появления этого термина на Западе (в 1929 г. В 50-60-х гг. прошлого века во всем мире был отмечен значительный рост числа самоубийств. В это время возник международный термин «суицидология», которым начали обозначать многоплановую сферу теоретических и практических исследований феномена самоубийства. В соответствии с концепцией биологического вырождения суицид понимается как неизбежный финал дегенерата

После установления диктатуры пролетариата резко возросли социальные предпосылки самоубийств, однако признание их исключительно проявлением душевных болезней помогало лакировать действительность и скрывать последствия чудовищной социальной девиации. Медицинская тактика, основанная на биологическом подходе, предполагает принудительную госпитализацию суицидента в психиатрическую больницу, лечение его психотропными средствами и наблюдение участкового психиатра после

выписки. Такой подход чреват психиатрической гипердиагностикой и на деле оставляет многих суицидентов без профессиональной помощи. В настоящее время лишь единичные исследователи категорично утверждают, что человек может совершить самоубийство исключительно в болезненном психическом состоянии (Полищук, 1994). С другой стороны, некоторые суицидологи недооценивают психопатологические расстройства у своих пациентов, компенсируя тем самым распространенное в нашем обществе негативное отношение к душевнобольным.

*Социологический* подход. Представители социологического подхода вслед за его основоположником французским социологом Эмилем Дюркгеймом рассматривают суицид как способ разрешения жизненных проблем, возникающих в результате отчуждения индивида от его социальной группы. Э. Дюркгейм (1994) разделил суицидные проявления на суицидные тенденции, попытки и завершённый суицид. Он выделил следующие типы суицидов.

1. Эгоистическое самоубийство у лиц, недостаточно интегрированных с социальной группой («вялая меланхолия, услаждающаяся собою, рассудочное равнодушие скептика»),

2. Альтруистическое самоубийство при полной интеграции с социальной группой («со спокойным чувством долга, с мистическим энтузиазмом, со спокойной храбростью»)

3. Анемическое самоубийство как реакция личности на тяжелые изменения в социальных порядках, приводящие к нарушению взаимных связей индивида и социальной группы («горячий протест против жизни вообще или против определенного лица; убийство, сопровождаемое самоубийством»). Вариантом анемического суицида является фаталистическое самоубийство при переживании личных трагедий (например, смерти близких, потери работоспособности, несчастной любви).

Подобным образом Э. Шнейдман (2001) выделяет три типа суицидов: 1) эготические самоубийства, связанные с внутриличностным конфликтом, 2) диадические самоубийства, адресованные значимому другому и 3) агенеративные (самоубийства, вызванные утратой связи со своим поколением или человечеством в целом).

Р. Быстрицкас и Р. Кочюнас (1989) перечисляют характерные черты особого психологического типа «homo soveticus», сформировавшегося в условиях тоталитарного режима. Это догматичность сознания, пренебрежение личным опытом и некритическое доверие «коллективному разуму». Принятие личной ответственности лишь за желательные результаты своей деятельности. Упование на внешние инстанции и перенос на них ответственности за неудачи. Расщепленность сознания – раздвоение личного и социального Я. А.Н. Моховиков (2001) отмечает появление у советских людей после распада СССР таких чувств, как разобщенность и принадлежность к неспособному управлять своей судьбой народу, отлученность от цивилизации, незащищенность, анархическое отношение к государству и его законам, зависть и некритическое принятие всего иностранного. Еще М.Я. Феноменов связывал рост самоубийств с общей кризисной ситуацией в стране. Эпидемия самоубийств является показателем того, что перед обществом поставлены крайне трудные задачи, задачи общественного переустройства. Силы общества напрягаются, и наиболее слабые из его сочленов падают жертвой лихорадочно быстрого социально-экономического роста» (Феноменов, 1914). М.Я. Феноменов обнаружил, что с 1899 по 1912 годы число самоубийств в русской школе увеличилось в 13 раз, в то время как в европейских школах оно осталось стабильным. Автор объясняет это духом практицизма и утилитаризма, ставшим преобладающим в общественном сознании в период реакции после 1905 г. А.М. Коровин (1916) проанализировал статистику самоубийств в различных городах и губерниях России с 1803 по 1912 годы и пришел к следующим выводам. Россия занимает последнее место в Европе по распространенности самоубийств и их росту среди населения (с 1,6 на 100 тыс. населения в 1803 г. до 3,4 в 1912 г.). Основным фактором, препятствующим росту числа самоубийств, является преобладание в России сельского населения, которое потребляет гораздо меньше водки, чем городское. Одной из главных причин самоубийств является урбанизация: высокая концентрация населения в городах, алкоголизация городских жителей.

На частоту самоубийств влияют также национальная и религиозная принадлежность. Уровень материального благосостояния и образования, а также плотность населения в данном регионе и его климатические особенности в распределении самоубийств роли не играют. Исходя из результатов своего исследования, автор выдвинул в качестве наиболее важного средства профилактики самоубийств борьбу с алкоголизмом.

Социологический подход охотно используют представители антипсихиатрии, которые подходят к проблеме суицида не с медицинских и психологических позиций, а с точки зрения общественной морали. Возможности предупреждения самоубийств в соответствии с социологической концепцией ограничиваются первичной профилактикой, связанной с государственными и общественными мероприятиями по воспитанию граждан в духе высокой сознательности и социальной активности.

*Психологический подход.* Психологический подход к суициду – один из наиболее распространенных на Западе. З. Фрейд (2001, с. 263) был убежден, что «ни один невротик не испытывает стремления к самоубийству, не исходя из импульса убить другого, обращенного на самого себя». Страх смерти, появляющийся при меланхолии как защита от пассивного суицида, Фрейд (1991) объясняет тем, что для «Я» жизненно важно быть любимым со стороны «Сверх-Я». Когда «Я» чувствует, что «Сверх-Я» его ненавидит и преследует вместо того, чтобы любить, оно отказывается от самого себя и позволяет себе умереть. Согласно концепции аутоагрессии З. Фрейда и К. Абрахама, человек, переживающий обычное горе, испытывает не только любовь, но и бессознательную враждебность к умершему. Из-за невозможности сразу смириться с утратой скорбящий возвращается к симбиотической стадии развития и начинает идентифицировать себя с объектом утраты, тем самым символически вновь обретая его. При этом гнев против умершего направляется вовнутрь и приводит к чувству вины и снижению самооценки. Больной меланхолией неспособен разрешить этот амбивалентный конфликт и впадает в депрессию. В то же время изолированный психологический подход игнорирует клинические закономерности и сводит суицидное поведение к аутоагрессии как следствию взаимодействий инстинктов жизни и смерти). Аутоагрессию связывают с реальной или символической утратой объекта любви, а сам аутоагрессивный феномен расширяют, включая в него парасуицид, псевдосуицид и демонстративный суицид.

*Социально-психологический подход.* Данное направление основано на концепции психологического кризиса Э. Линдемманна и Дж. Каплана. Суицидоопасный кризис, по представлениям авторов концепции, вызывается столкновением личности с непреодолимым в данное время препятствием на пути достижения ее важнейших жизненных целей, ведущим к нарушению адаптации в социальной сфере. Причиной кризиса в большинстве случаев служат конфликты и утраты в лично-семейной сфере. Выделяют кризисы развития и созревания (эволюционные кризисы), которые обусловлены переходными этапами жизни: отрочество и юность, получение профессии, создание семьи, беременность и роды, переезд и смена работы, выход на пенсию, тяжелая болезнь и смерть супруга, старческая немощь и потребность в уходе. События, вызывающие эволюционный кризис, объединяет их предсказуемость, а значит, и возможность подготовиться к ним. Следует отметить нечеткость типологических критериев социально-психологической концепции. Ряд авторов расценивают суицидную попытку как не всегда осознанный призыв о помощи, не обязательно сопровождающийся истинным желанием умереть. Описанная концепция легла в основу организации служб социально-психологической помощи, включающих Телефон Доверия, кризисные центры и кризисные стационары. Широкое распространение социально-психологического подхода и организация разветвленной сети служб предупреждения самоубийств началось в Западной Европе и США после второй мировой войны с ее массовыми жертвами и осознанием приоритетной ценности человеческой жизни.

*Клинико-психологический подход.* Клинико-психологический подход свойственен в основном немецкоязычным авторам. Однако наиболее последовательно он представлен в отечественной психиатрии с ее нозологическими традициями, в соответствии с которыми

суицидентов было свойственно разделять на психически больных и душевно здоровых. Отдельные попытки систематизированного изучения суицидального поведения с точки зрения современной нозологии и психологии делались, начиная с 30-х годов (Зайцев, 1938). На материале судебно-психиатрической экспертизы разработаны критерии для отграничения «физиологических», субклинических суицидных проявлений. Проводится клинический анализ суицидальных тенденций у больных маскированной и реактивной депрессиями (Герман, 1976, Десятников и Сорокина, 1981). Указывают на высокий суицидальный риск при психогенных депрессиях по сравнению с эндогенными и соматогенными. Описана динамика развития суицидальных тенденций при психогенных депрессиях и других суицидоопасных аффективных состояниях, а также при различных формах психопатий. На основании клинико-психологического анализа предпринимаются попытки создания классификации суицидальных проявлений: по личностному смыслу реакции и личностным особенностям, по нозологическому принципу с выделением субклинических психогенных реакций – аффективно-шоковых и истерических. Учитываются возрастно-половые различия в мотивации суицидального поведения и феноменологической специфике его проявлений. Выделяют конфликты в лично-семейной сфере в качестве источника дезадаптации в детстве и основной причины развития суицидоопасного кризиса.

*Интегративный подход.* Системные исследования самоубийства в нашей стране ведутся с 1970 г. отделом суицидологии Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, на базе которого функционирует Федеральный научно-методический центр суицидологии. В 70-90-х годах издавались сборники научных работ и методические рекомендации, проводилась работа над диссертациями, организовывались научно-методические конференции, осуществлялось обучение специалистов из различных регионов. А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980) называют суицидальным поведением любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидные попытки и завершённые суициды. Суицидная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения. Суицидальному поведению предшествуют антивитальные переживания, при которых еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни. Размышления об отсутствии ценности жизни выражаются в формулировках: «жить не стоит», «не живешь, а существуешь» и т. п.

#### **Тема 4. Организационные аспекты суицидологии.**

Большинство суицидентов остаются вне поля зрения психиатров, что требует организации специальной суицидологической службы, соответствующей принципам кризисной терапии. Несомненно, низкий уровень самоубийств за рубежом во многом является заслугой кризисных служб – во Франции они действуют в 150 городах, в Великобритании – в 300, в США – в 600, а после теракта 11 сентября 2001 г. в Нью-Йорке и Вашингтоне эта служба была значительно расширена. В России в настоящее время работает не более 20 психотерапевтических центров, в которых в том числе осуществляется прием и кризисных пациентов. В соответствии с Приказом МЗ РФ № 294 от 30.10.95 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» количество психотерапевтов в стране должно быть не менее 8 тысяч (в европейских странах и США этот показатель в 10-25 раз выше). В реальности в стране трудится лишь две тысячи психотерапевтов. Кризисные службы по-разному относятся к суициду. Большинство телефонных служб работает с кризисными клиентами, обеспечивая раннюю профилактику суицидального поведения. В то же время имеются службы, созданные специально для работы с суицидентами. Одни службы видят свою задачу в недопущении самоубийства, выявляют местонахождение абонента и передают сведения в медицинские или полицейские структуры или посылают своего сотрудника к потенциальному самоубийце. Другие, напротив, признают право клиента избрать смерть, а некоторые используют даже рискованные провокации: предлагают клиенту

покончить с собой и заключают с ним предсмертный договор, чтобы он смог ощутить дыхание смерти и в страхе остановиться. Одной из целей кризисной терапии является стремление избежать госпитализации, которая усложняет задачу адаптации пациента к его жизненному окружению. Поэтому пациентов без выраженного суицидального риска направляют в больницу лишь при наличии мотивации к стационарному лечению, иначе оно может стать пустой тратой времени. Компромиссным вариантом является лечение в условиях дневного или ночного (для работающих пациентов) стационара. В США еще в 1972 г. насчитывалось около 500 дневных и более 300 ночных стационаров. На базе полустационаров обычно организуются добровольные объединения по типу «клуба бывших пациентов» или группы родственников суицидентов. Практикуется также пребывание в кризисном общежитии, которое находится в жилом доме вне больницы, отличается созданием домашней обстановки, практическим отсутствием персонала и организованных лечебных мероприятий, максимально свободным режимом. В общежитии находится не более четырех пациентов, срок пребывания в нем – до семи дней. Используются также домашние кризисные стационары, когда пациентов (обычно двух) помещают в чужую семью, где они находятся под динамичным наблюдением врача и медсестры в течение трех недель. Решающее значение для эффективности кризисного общежития и домашних стационаров имеет благотворное воздействие терапевтической среды.

Высокий суицидальный риск в сочетании с конфликтной ситуацией многими авторами расценивается как показание для кратковременного стационарного лечения, которое является начальной частью терапии. Однако проведение кризисного вмешательства в психиатрической больнице затруднено и малоэффективно. Имеются сообщения о проведении тематически – и межличностно-ориентированной групповой терапии в условиях терапевтического сообщества, включающего больных и персонал неврологического или терапевтического отделения. Возникающие в этом варианте трудности, связанные с тем, что проблемы суицидентов чужды основным задачам упомянутых отделений, устраняются созданием специализированных кризисных стационаров.

Показанием к лечению в кризисном стационаре является высокий суицидальный риск у больных с острым аффективным состоянием, в том числе психотическим. Срок лечения составляет 3-7 дней; количество коек в стационаре – 6-13. Пациентов обслуживает кризисная бригада в составе 2-3 психиатров, психотерапевта, социального работника и специально подготовленных медсестер. Ежедневно проводится интенсивная индивидуальная семейная и групповая кризисная терапия. Для такого стационара характерен свободный режим передвижения, стимуляция ответственности и самостоятельности пациентов, продолжение лечения после выписки амбулаторно или в другом отделении.

Таким отделением может быть специализированный «послекризисный стационар», курс лечения в котором длится 3-4 недели. Частота занятий приближается к амбулаторной кризисной терапии и составляет 2 индивидуальных и 1-5 групповых занятий в неделю. Располагаются подобные стационары обычно в многопрофильной больнице; с целью ускорить начало лечения период ожидания и сложности оформления сводятся к минимуму. Характерен акцент на социальной помощи, полустационарный режим, клубные формы работы.

Суицидологические центры за рубежом, как правило, работают на основе социально-психологического подхода, позволяющего привлекать обученных непрофессионалов; после купирования риска суицида клиент остается предоставленным себе. Отечественная модель суицидологической помощи выгодно отличается от зарубежных аналогов тем, что оказывается в рамках государственного здравоохранения на профессиональной основе, с соблюдением принципа преемственности.

#### **Тема 5. Методические аспекты кризисной терапии.**

*Суицидологическая диагностика.* Е. Ringel описал диагностически важный пресуицидальный синдром, основанный на триаде: сужение, инверсия агрессии и суицидальные фантазии. В синдром входят следующие признаки

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

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

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

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

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

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

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

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

Оценка степени суицидального риска, локализация терапевтических мишеней и контроль терапевтической динамики осуществляется с помощью шкал, разработанных в различных суицидологических центрах, например, в Лос-Анджелесском.

*Принципы кризисной терапии.* Тактика кризисной терапии предполагает исследование значения стрессора для пациента, обеспечение необходимой социальной и микросоциальной поддержки, проявление сочувствия, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы. При преобладании тревоги возможно применение релаксации и гипноза. Может понадобиться вмешательство в виде суггестии, переубеждения, изменения окружающей среды, госпитализации. Основные принципы кризисной терапии в соответствии с социально-психологическим подходом ее основателей сводятся к следующему. Поскольку кризис длится не более шести недель и локализуется в социально-психологической сфере, кризисная терапия должна быть краткосрочной; кроме того, она должна обеспечить индивиду практическую помощь в изменении позиции в кризисной ситуации, а в случае кризиса развития (отсутствия необходимых навыков для решения кризисной проблемы, возникшей в процессе роста личности) – повышение уровня адаптации. Своей социально-психологической направленностью кризисная терапия отличается как от других видов краткосрочной психотерапии, так и от методов межличностно-ориентированной психотерапии, используемой для предупреждения рецидива кризиса у лиц с хроническим суицидальным риском.

*Телефон доверия.* Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи РАТЭПП является ассоциированным членом Международной федерации служб неотложной телефонной помощи IFOTES. Международные нормы федерации определяют цели, принципы и методы работы Телефонов Доверия.

*Цели.* Службы неотложной телефонной помощи прилагают усилия, чтобы страдающий, отчаявшийся или думающий о самоубийстве человек имел возможность установить немедленный контакт с человеком, 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. По желанию абонента служба может связать его с другим человеком, компетентным в решении именно его проблемы. Любая помощь, оказанная службами телефонной неотложной помощи, имеет целью поддержать в абоненте мужество для дальнейшей жизни и возможности преодоления психологического кризиса, с которым он столкнулся.

**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. На абонента не возлагается никаких финансовых или каких-либо иных обязательств. Никто из работников службы не может давать показания представителям власти и правопорядка, не получив предварительного разрешения абонента, а также руководителей данной службы.

**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.

**Авторская программа кризисной терапии.**

Определенный опыт кризисной психотерапии накоплен за рубежом. Однако использование его затруднено из-за отсутствия четких клинических критериев, наличие которых выгодно отличает отечественную суицидологию. В то же время эти критерии использовались лишь для диагностики суицидоопасных состояний, а исследований по разработке дифференцированной программы психотерапии лиц, переживающих суицидоопасный кризис, к сожалению, в нашей стране не проводилось. Оценка суицидального риска проводится с помощью прямых вопросов о наличии и выраженности суицидальных тенденций. Для уточнения природы кризиса по возможности привлекается объективная информация. Принимается во внимание наличие предыдущих кризисов, их связь с травмирующими ситуациями, возрастными кризисами или хронической недостаточностью навыков адаптации, отличие текущего кризиса от прошлых. Нозологической оценке придается скорее прогностическое значение, на выработку терапевтического плана она оказывает второстепенное влияние.

**Индивидуальная кризисная терапия.** Кризисная поддержка является основным подходом кризисной терапии на ее 1 этапе. Терапевтическими мишенями данного этапа служат: а) чувство тоски, непреодолимости конфликтной ситуации; б) чувство тревоги, неопределенности, ожидания беды; в) чувство обиды, враждебности к обидчику; г) чувство бессилия, беспомощности. Кризисная поддержка включает ряд приемов, которые на практике могут частично перекрываться. Задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидоопасных тенденций и позволяет перейти к когнитивной перестройке, осуществляемой на втором этапе кризисной терапии – этапе кризисного вмешательства. Период выхода из острого кризиса является оптимальным для когнитивной перестройки потому, что в это время суицидальный риск сведен к минимуму, готовность к внутренним изменениям еще достаточно высока и, кроме того, сохраняется характерная для кризисного состояния пластичность личностных структур, необходимая для подобной перестройки. Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий пациента с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Психотерапевт поощряет успехи пациента в выполнении терапевтического плана и другие проявления зрелости, постепенно обеспечивает ему условия для проведения независимого от психотерапевта курса действий. Одновременно внимание пациента обращается на недостаточную подготовку в достижении последующих целей. Таким образом, подготавливается переход к третьему этапу кризисной терапии – этапу повышения докризисного уровня адаптации.

**Групповая кризисная терапия.** Групповая кризисная терапия (ГКТ) имеет ряд преимуществ по сравнению с индивидуальной. Группа дает возможность пациенту преодолеть

иждивенческие ожидания, центрированные на психотерапевте. Попытки повысить самооценку кризисного индивида с помощью индивидуальных бесед, как правило, оказываются мало эффективными, так как доводы психотерапевта нередко воспринимаются как обусловленные выполнением им своего профессионального долга. Высказывания же «товарищей по несчастью», эмоционально окрашенные и подкрепленные отношениями взаимопомощи, оказываются более действенными. Группа отражает неосознаваемые пациентом негативные особенности общения, не всегда проявляемые им в индивидуальном общении с психотерапевтом, обеспечивает конфронтацию неприемлемому поведению. Наконец, группа предоставляет пациенту возможность оказывать помощь другим участникам, пациент при этом переживает чувство компетентности и нужности, крайне полезное для преодоления кризиса. В качестве показаний для проведения ГКТ выделяются следующие:

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;

*Семейная кризисная терапия.* Наиболее распространенной причиной психологического кризиса являются семейно-личные конфликты. Особое значение подобных конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный индивид лишается поддержки своего ближайшего окружения, в результате чего у него развивается чувство эмоциональной изоляции. Семейная кризисная терапия показана и возможна при наличии собственной инициативы членов семьи кризисного индивида, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в помощь индивиду, опасности развития кризиса у других членов семьи. Данная форма кризисной терапии предполагает три установки партнеров: 1) продолжение отношений на лучшем, чем до кризиса, уровне; 2) сохранение неустойчивого равновесия; 3) четкое и окончательное разделение. В процессе индивидуальных бесед проводится оценка точек зрения членов семьи на причины конфликта, отреагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся семейные диспуты с целью формирования общей позиции семьи в подходе к актуальным проблемам. В случае взаимного недоверия членов семьи для осуществления немедленных совместных конструктивных действий по разрешению проблемы заключается семейный договор. При необходимости проводится психологическая коррекция симптомов тревоги членов семьи, связанной с перестройкой ролей и позиций в семье с целью установления более эмпатичных отношений. Следует указать на особую трудность коррекции директивной позиции родителей молодых суицидентов, которые не могут самостоятельно освободиться от навязчивого гиперконтроля родителей.

#### **Тема 6. Суицидоопасные реакции дезадаптации.**

Суицидоопасные реакции дезадаптации связаны с воздействием объективно и субъективно значимых факторов среды, вызывающих фрустрацию жизненно важных потребностей и порождающих состояние психологического кризиса. Дезадаптация носит количественный характер и заключается в ограничении возможности личности справиться со своими социальными функциями, изменении поведения в микросоциальном окружении и негативно окрашенных психологических переживаниях. Характерны фиксация внимания на кризисной проблеме, связь состояния с изменением ситуации, сохранение работоспособности.

*Одиночество.* Часто причиной суицидального поведения является переживание одиночества, прочувствованно выраженное поэтом: «О, одиночество, Как твой характер крут! Посверкивая циркулем железным, Безжалостно ты замыкаешь круг, Не внемля заклинаньям бесполезным».

1 стадия – жизнь в одиночку. Одиноким пациентам часто испытывают подавленность, неуверенны, пассивны, недовольны собой. Они убеждены в своей непривлекательности,

коммуникативной некомпетентности и других якобы неизменных качествах, которые исключают для них возможность установления дружеских или любовных отношений

2 стадия – случайные дружеские связи. Пациенты испытывают страх перед собственной социализацией, опасения растеряться в ситуации общения, потерять контроль или получить психотравму, боятся «плохо выглядеть», получить плохую оценку

3 стадия – взаимное самораскрытие. Пациенты стеснительны, считают, что люди не способны понять их и отвергли бы, если бы узнали об их слабостях и «постыдных тайнах». Они убеждены, что не имеют права «взваливать собственные проблемы на других». Первый шаг к налаживанию интимных взаимоотношений состоит в повышении доверия к другому. Задача терапевта – поощрить пациента открыться перед потенциальным другом, который ищет сближения.

4 стадия – встреча потенциального интимного партнера. Пациенты обычно считают, что «им не везет», так как они не смогли встретить «подходящего человека». Однако симпатия к другому основана на сходных с ним чертах. Если человеку никто не нравится, то скорее всего он не нравится сам себе. Поэтому в таких случаях пациенту необходимо пройти предыдущие три стадии работы. После повышения самооценки пациента поощряют к установлению доверительных отношений с другом, проявившим инициативу. Затем возникает проблема самостоятельного выбора партнера. Совместно с пациентом терапевт разрабатывает различные способы знакомств: контакты со старыми приятелями, просьба к посредникам устроить свидание, сближение с сотрудниками или соседями, вступление в организацию с подходящими для пациента интересами, выполнение функций свободного одинокого человека, «открытого» для выбора.

5 стадия – углубляющаяся близость. Пациенты, отвергнутые в сфере интимных отношений, нередко избегают сексуальных контактов. Они испытывают чувство вины («сами заслужили такое отношение»), полны горечи и разочарования в человеке, которому доверяли и который причинил им такую боль.

6 стадия – долгосрочные эмоциональные обязательства. Пациенты нуждаются в стабильности имеющихся интимных отношений и в то же время испытывают тревогу по поводу взятия на себя эмоциональных обязательств.

*Психогенная депрессия.* Психогенная депрессия развивается в ситуации утраты жизненно важной для данной личности ценности. Имеет значение личностный преморбид: обычно обнаруживается акцентуация по сенситивному, астеническому, психастеническому и лабильно-истероидному типу. Определенную роль играет также соматическое состояние: эндокринная перестройка, астенизация вследствие перенесенной болезни, переутомления, длительно существующей конфликтной ситуации. Суицидальный риск при реактивной депрессии выше, чем в общей популяции, в 80-100 раз. Суицидоопасные психогенные депрессии вызываются выраженными психотравмирующими ситуациями, которые отражаются в содержании депрессии и определяют психологические переживания больного. Редукция болезненной симптоматики происходит по мере разрешения психической травмы или ее преодоления. Клиническая картина характеризуется депрессивными расстройствами, не достигающими в своем развитии до психотического уровня. Психогенная депрессия проявляется тоской, тревогой, апатией, ассоциативной и двигательной заторможенностью, беспокойством, понижением самооценки, негативной оценкой прошлого, настоящего и будущего, вегетативными расстройствами.

*Реакция горя.* Реакция горя является самым частым вариантом психогенной депрессии. Она возникает в связи со следующими необратимыми утратами: 1) потеря любимого человека в результате его смерти, разлуки, развода или заключения в тюрьму; 2) утрата собственности, работы, социального статуса; 3) утрата предполагаемого объекта любви (отказ от брака предполагаемого супруга, рождение мертвого или неполноценного ребенка); 4) потеря здоровья.

Первая задача горя – признание факта потери вопреки отрицанию факта потери, ее значимости или необратимости. Отрицание факта потери может выглядеть как фетишизация

вещей покойного, перенос отношения к нему на другого. Отрицание значимости утраты проявляется в поспешном избавлении от вещей покойного, его обесценивании и избирательном забывании чего-то, связанного с ним. Вторая задача горя заключается в том, чтобы пережить боль потери. При этом наблюдается отрицание боли и других мучительных чувств или мыслей, чему способствует идеализация образа покойного, а иногда и неуместная эйфория. Воспоминания о покойном ослабляют с помощью психоактивных веществ, трудоголизма, калейдоскопа путешествий – своего рода дромомании. Третья задача горя – это реорганизация жизни без покойного. Потребности, которые удовлетворял покойный, теперь надо научиться удовлетворять самому или найти для этого других людей. Некоторые зависимые и созависимые женщины, потеряв объект поддержки или заботы, сталкиваются с теми областями жизни, которых раньше избегали, поэтому и чувствуют себя беспомощными или ненужными. Четвертая задача горя состоит в том, чтобы выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить. Выполнение этой задачи блокируется запретом на новую любовь, фиксацией на прошлой связи или избеганием риска вновь столкнуться с утратой близкого человека. Работу горя можно считать завершенной тогда, когда скорбящий вновь чувствует интерес к жизни, освоил новые роли, создал новое окружение и может функционировать в нем соответственно своему социальному статусу и складу характера.

#### **Тема 7. Определение суицидального риска депрессии.**

По данным некоторых авторов, больные депрессией составляют до 60% совершивших самоубийство. Среди них мужчин в 2-4 раза больше, чем женщин. Риск совершения самоубийства у больных маниакально-депрессивным психозом выше, чем в населении, в 40-50 раз; до 80% всех депрессий протекает с суицидными тенденциями. Как указывают А. Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980), при эндогенной депрессии суицидальные тенденции обнаруживаются у каждого второго больного, а суицидные попытки – у каждого четвертого. Самоубийство является причиной смерти 20% депрессивных больных. Наивысший уровень завершенных суицидов наблюдается в возрастном интервале 35-49 лет. Суицидальный риск выше в случаях депрессий легкой и средней степени выраженности, «открытых» для влияния средовых воздействий и личностных установок больных. При суицидоопасной депрессии преобладают мотивы, обусловленные реальными конфликтами, переживаниями собственной измененности, депрессивной деперсонализацией, ощущением душевной боли. В 65% случаев формированию суицидального поведения предшествует гибель родственников, конфликты в семье, разрыв с близким человеком.

Психоаналитики выделяют такие характерные для депрессии личностные защиты, как вытеснение ненависти и проекция ее («меня не любят»), а также конверсию, которая особенно специфична для соматизированной депрессии. Вытесненная ненависть вызывает чувство вины и потребность в возмещении мнимого ущерба. Это может приводить к формированию реакции в виде чрезмерного самопожертвования в отношениях с ненавистным объектом и культу материнства.

*Терапия.* Биологическое лечение. Неопытный врач может поверить депрессивному больному, что лечение антидепрессантами, проводимое ему в прошлом, оказалось неэффективным. Подобные утверждения связаны с негативной оценкой больным своего прошлого и не должны приниматься на веру. Наиболее эффективную терапию при эндогенной депрессии помогает выбрать седуксеновый тест – внутривенное введение 20-40 мг 0,5% раствора седуксена. Если после вливания депрессивные переживания на время исчезают, то показаны противотревожные средства (амитриптилин, триптизол), если же симптомы сохраняются, то более эффективен мелипрамин.

Наибольшее распространение для лечения депрессивных состояний получили трициклические антидепрессанты благодаря их воздействию как на тоску, так и на тревогу. К ним относятся мелипрамин и амитриптилин, терапевтический эффект которых начинает проявляться в течение 1-3 недель. Трициклические антидепрессанты обладают холинолитической активностью. В результате этого они могут вызвать нарушение четкости

зрения, сухость во рту, головокружение, тахикардию и сильное сердцебиение. Они часто вызывают запоры, более тяжелыми побочными эффектами являются задержка мочеиспускания и паралич подвздошной кишки.

Основной задача: доведение до сознания пациента межличностного смысла и глубинного содержания депрессии, после чего пациент переходит от самообвинений к обвинению значимого другого. При этом терапевт должен принять мощные чувства любви и ненависти, которые пациент тут же перенесет на терапевта. Автор выделяет следующие стадии терапии:

- 1) вытеснение интроецированного объекта из Суперэго и восстановление собственного Суперэго пациента при поддержке Суперэго терапевта;
- 2) ослабление садистически-мазохистической установки и позиции;
- 3) медленная интеграция и укрепление собственного Эго и своей идентичности;
- 4) восстановление более объективной оценки себя и объекта, а также способности полюбить других и себя при одновременной редукции чувства вины и проецировании его вовне (в том числе – на терапевта);
- 5) переадресация агрессии на объект (и временно – на терапевта), отреагирование негативного аффекта в терапии и оплакивание его;
- 6) «реинтроекция» объекта любви, «сепарация» от него и постепенный отказ от нарциссической идентификации с ним, открывающие возможность для проработки;
- 7) некоторое повышение общей энергичности личности;
- 8) формирование дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;
- 9) редукция конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;
- 10) обретение новых объектов любви и привязанностей.

#### **Тема 8. Возрастные и психопатологические аспекты суицида.**

Понятие «смерть» в детском возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное. Само понятие смерти возникает у детей уже между 2 – 3 годами, и для большинства она не является пугающим событием.

**В дошкольном возрасте** дети не считают ее концом жизни, а воспринимают как временное явление, подобно сну или отъезду. Дошкольникам несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни).

**В младшем школьном возрасте** дети считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. Ближе к подростковому возрасту объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание различия между живым и неживым, живущим и умершим. В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление. Появляется разграничение понятий жизни и смерти, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется от собственной личности.

**Для подростков** смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. В отличие от взрослых у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно – шантажирующим аутоагрессивным (агрессия, направленная на самого себя) поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как **разновидности суицидального поведения**.

Формирование суицидального поведения в детском и подростковом возрасте во многом зависит также от некоторых особенностей личности суицидента. Эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сензитивность, некоторая эксплозивность, импульсивность. Эти черты, выраженные нередко до уровня акцентуации характера, создают предпосылки для социально-психологической дезадаптации личности в пубертатном периоде.

Одним из традиционных методов исследования в суицидологии является клиническое наблюдение. Большая часть подростков, кончающих свою жизнь самоубийством или совершающих суицидальные попытки, страдает тем или иным душевным расстройством. В

этой связи клинико-психопатологическое обследование данной группы пациентов является базисным для подросткового психиатра. Депрессия в юношестве является общепризнанным клиническим синдромом. Определение ее критериев, являясь одной из наиболее сложных проблем детской и подростковой психиатрии, служит стимулом для развития исследований в этой области с целью более точной диагностики и совершенствования терапевтической курации данных пациентов. Токсикомания очень часто является способом спонтанного «самолечения» подростков, страдающих депрессией. В отечественной литературе также имеются сведения о связи роста числа самоубийств с увеличением злоупотребления спиртными напитками в населении. Необходимо отметить, что формирование психических и поведенческих нарушений вследствие злоупотребления алкоголем происходит быстрее у девушек с более ранним возрастом начала употребления спиртных напитков, что важно учитывать при проведении комплекса превентивных мероприятий суицидального поведения. Часть попыток самоубийства импульсивного характера совершается в алкогольном опьянении, особенно в вечернее время, чаще всего это самопорезы. А. Г. Амбрумова и Е. А. Чуркин (1980) указывают на то, что они возникают, как правило, на фоне дисфорического аффекта с мрачной тоской и злобным недовольством. Суицидальное поведение также может встречаться у лиц, страдающих тревожными расстройствами. R. Mattison фиксировал высокий уровень тревоги у подростков с теми или иными проявлениями суицидального поведения, а у молодых пациентов с тревожными расстройствами – суицидальные мысли. Подобно дистимии, тревожные расстройства могут иметь хроническое течение и маскироваться проявлениями других психопатологических состояний.

Обсессивно-компульсивное расстройство часто связано с глубокой изоляцией подростков, обусловленной смущением из-за собственных ритуальных действий, а также стеснением своих навязчивых мыслей. Следовательно, подростки зачастую стыдятся и неохотно раскрывают симптомы своего состояния. Проявления обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков такие же, как и у взрослых, а именно: постоянные и повторяющиеся мысли, образы, импульсы и ритуалы. J. Rapoport et al. (1988) обследовав 9 детей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, выявили у 6 из них суицидальные мысли. В. А. Гурьева с соавт. (1980, 1994) указывают на особую опасность для жизни подростка суицидальных мыслей и фантазий, принимающих компульсивный характер. Примерно 22 % подростков, совершающих суицидальные попытки, никогда ранее не наблюдались у психиатра, были полностью адаптированы в социальном и психологическом смысле. Ряд авторов полагают, что большинство суицидальных действий совершается психически здоровыми лицами в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Причинами суицидального поведения чаще всего являлись идеи обиды, оскорбления, несправедливое отношение окружающих, унижение личного достоинства, различные школьные и производственные конфликты. Риск суицида значительно повышался при декомпенсации психопатии.

Психотические состояния являются одним из главных факторов риска суицидального поведения. Поэтому центральная клиническая задача при работе с суицидальным подростком состоит в идентификации психотических переживаний, например, процессов мышления, а особенно императивных слуховых галлюцинаций, на предмет суицидального содержания. Симптомы, появляющиеся в инициальный период шизофрении, иногда расцениваются как проявления других психических заболеваний – депрессии, тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств, состояний органической природы, личностной патологии. В частности, у подростка могут отмечаться постоянное снижение личности, социальная отгороженность, снижение работоспособности, побуждений и снижение самооценки. Суицидальное поведение иногда может являться одним из проявлений инициального периода шизофрении. Иногда происходящая в инициальный период суицидальная попытка является следствием реальной психотравмирующей ситуации и не рассматривается как проявление шизофренического процесса. В манифестный период нередко отмечается острый чувственный бред, сопровождающийся растерянностью,

аффектом страха, тревоги, вербальными иллюзиями и галлюцинациями. Встречающиеся в рамках этого дебюта бред воздействия и явления психического автоматизма обычно остры, непоследовательны, фантастичны, но в то же время чувственно конкретны. Возникновение суицидальных тенденций определяется не депрессивным аффектом, а другими причинами, иногда парадоксальными. В то же время довольно часто на фоне повышенного настроения эти тенденции являются элементом диссоциации эмоциональных проявлений. В некоторых случаях аффективные колебания носят характер немотивированного тоскливого настроения, сопровождающегося двигательным возбуждением и суицидальными действиями.

#### **Тема 9. Суицид: профилактика, диагностика, лечение.**

*Самоубийством* называется всякий случай смерти, который непосредственно или опосредованно 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 не доведённое до конца. *Суицид* есть осознанное лишение себя жизни и, с этой точки зрения, самоубийство является чисто человеческим сознательным, поведенческим актом.

*Суицидальное поведение* – это любые внутренние или внешние формы психических актов, определяемые и направляемые представлениями о лишении себя жизни. Суицидальное поведение проявляется в двух основных формах: внешних и внутренних. К внутренним формам относят суицидальные мысли (представления, переживания); суицидальные тенденции (замыслы, намерения). К внешним формам – суицидальные проявления; суицидальные покушения (попытки).

**Задачи общей профилактики суицида:** повышение групповой сплоченности детских и педагогического коллективов, оптимизация психологического климата. Они могут быть реализованы в следующих мероприятиях: диагностика ученических и педагогического коллективов с целью уточнения особенностей социально-психологического климата; тренинги сплочения и коммуникативной компетентности в детских коллективах; групповые занятия по профилактике эмоционального выгорания для педагогов; а также другие мероприятия для оптимизации психологического климата (акции, большие психологические игры, конкурсы и пр.).

#### **Задачи психолога на этапе общей профилактики суицида.**

1. Изучение особенностей социально-психологического статуса и адаптации учащихся с целью своевременной профилактики и эффективного решения возникших трудностей (что уже входит в план мероприятий психолога).

2. Участие в создании системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп (система волонтеров, медиаторов по разрешению конфликтов, педагогическая поддержка, психологическое консультирование и др.).

3. Участие в разработке и проведении общешкольных и классных мероприятий, целью которых будет содействие формированию позитивного образа Я, уникальной и неповторимой личности, коммуникативной компетентности, ценностного отношения к жизни и др.

Профилактика суицида включает в себя целый комплекс мероприятий – от правильного воспитания и формирования отрицательного отношения к самоубийству до своевременного выявления психических заболеваний и поддержки психически здоровых людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В качестве кратковременной поддержки используются телефоны доверия. Такой способ работы с пациентами, предрасположенными к суициду, позволяет снизить уровень эмоционального напряжения до момента оказания профессиональной помощи, которая включает в себя психотерапию и фармакотерапию.

Лечение суицидального поведения является важнейшей задачей психиатрии. В связи с тем, что суициды могут отображать наличие различных изменений головного мозга (суицидальное поведение входит в контекст различных психических расстройств), лечение суицидального поведения организуется индивидуально, в зависимости от истинных причин проявления.

Как правило, *лечение суицидального поведения* («лечение суицидов») необходимо проводить в стационаре т.к. требуется строгий надзор за больным в связи с тем, что риск совершения суицида весьма высок. К сожалению родственники пациентов с суицидальными наклонностями не всегда относятся достаточно критично к ситуации и настаивают на выписке своего подопечного из больницы ранее рекомендованного лечащим врачом срока.

В стационаре больной находится под постоянным контролем специально обученного медицинского персонала, *лечение больного с суицидальным поведением* находится под круглосуточным контролем опытного врача психиатра.

При лечении суицидального поведения и, особенно, при лечении не завершенного суицида необходимо очень тщательно выверять дозировки и виды применяемых медикаментозных препаратов, необходима специфическая психотерапевтическая программа в которой предусматриваются занятия, в зависимости от текущего состояния больного, несколько раз в сутки.

Количество подростков во всем мире, которые по различным причинам решились на самоубийство, растет с каждым годом. В этот невероятно сложный период времени мальчики и девочки воспринимают все «в штыки» и крайне болезненно переживают свои неудачи. Кроме того, очень часто подростки сталкиваются с серьезным непониманием со стороны своих родителей и других близких взрослых и не получают той поддержки, которая им так необходима.

В том случае, когда молодой человек или юная особа серьезно настроены на то, чтобы расстаться с жизнью, распознать такие мысли может быть достаточно трудно. Несмотря на это, автор труда «Диагностика суицидального поведения подростков» М. В. Хайкина утверждает, что все эти дети имеют определенные особенности личности, которые в тех или иных ситуациях располагают к формированию подобного поведения.

Чтобы избежать плачевных последствий, выявить эти особенности необходимо на самом раннем этапе. В данной статье мы расскажем вам, в чем заключается диагностика суицидального поведения подростков, и какие методики для этого применяются.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

*Практические занятия проводятся в форме дискуссии* и предполагают обсуждение конкретных ситуаций, раскрывающих и характеризующих тему занятия. Обсуждение направлено на освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

*Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса* студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является личным мнением автора, построенным на анализе различных источников, поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Обязательным условием подготовки к практическому занятию является изучение нормативной базы. Для этого следует обратиться к любой правовой системе сети Интернет (Консультант Плюс, Гарант и т.д.). В данном вопросе не следует полагаться на книги, так как законодательство претерпевает постоянные изменения и в учебниках и учебных пособиях могут находиться устаревшие данные.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту необходимо отслеживать научные статьи в специализированных изданиях, а также изучать статистические материалы, соответствующей каждой теме.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. Проработать тестовые задания и задачи;
6. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

## **Практические занятия**

### **Тема 1. Суицид в философии, истории, культуре**

1. Суицид как философская проблема.
2. Исторические аспекты суицида.
3. Суицид через призму религиозных представлений.
4. Культура и самоубийство.
5. Ритуальные самоубийства.

### **Тема 2. Общая характеристика суицида**

1. Общая характеристика суицида.
2. Теории суицидального поведения.
3. Этапы развития суицидального поведения.
4. Классификация и причины суицида.
5. Эпидемиология суицидального поведения.
6. Правовые и деонтологические аспекты суицида.
7. Социальные факторы в совершении самоубийств.
8. Генетические, биохимические и патопсихологические аспекты суицида.

### **Тема 3. Основные теоретические подходы к суициду**

1. Репрессивный и биологический подходы
2. Социологический подход
3. Психологический подход
4. Социально-психологический подход
5. Клинико-психологический подход
6. Интегративный подход

### **Тема 4. Организационные аспекты суицидологии**

1. Территориальная суицидологическая служба
2. Кабинет социально-психологической помощи
3. Кабинет суицидолога психоневрологического диспансера
4. Кризисный стационар
5. Наркологический сектор суицидологической службы

### **Тема 5. Методические аспекты кризисной терапии**

1. Суицидологическая диагностика
2. Принципы кризисной терапии
3. Телефон Доверия
4. Авторская программа кризисной терапии
5. Индивидуальная кризисная терапия
6. Групповая кризисная терапия
7. Семейная кризисная терапия

### **Тема 6. Суицидоопасные реакции дезадаптации**

1. Невротические суицидоопасные реакции
2. Психопатические суицидоопасные реакции
3. Одиночество
4. Психогенная депрессия
5. Реакция горя
6. Конфликт зависимых отношений
7. Эндогенная депрессия

### **Тема 7. Определение суицидального риска депрессии**

1. Происхождение
2. Терапия
3. Мотивационные стратегии для изменения поведения.
4. Подходы при лечении депрессии.

### **Тема 8. Возрастные и психопатологические аспекты суицида**

1. Детский и подростковый суициды.
2. Психические расстройства как причина самоубийства.
3. Ложные представления о суициде.

**Тема 9. Суицид: профилактика, диагностика, лечение**

1. Требования к специалисту, работающему с суицидентами.
2. Признаки суицидальных намерений.
3. Оценка риска суицида.
4. Факторы повышенного риска самоубийства.
5. Предотвращение самоубийства.
6. Поственция (психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

### *Работа с литературой*

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой ко всем занятиям: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

*План* – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

*Выписки* представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе квинтэссенцию содержания прочитанного. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и даталогические сведения.

*Тезисы* – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

*Аннотация* – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

*Резюме* – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

*Конспект* представляет собой сложную запись содержания исходного текста,

включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя вопросы для самостоятельной работы, темы рефератов и темы эссе.

#### *Вопросы для самостоятельной работы:*

1. Генетические, биохимические и патопсихологические аспекты суицида.
2. Детский и подростковый суициды.
3. Исторические аспекты суицида.
4. Классификация и причины суицида.
5. Культура и самоубийство.
6. Оценка риска суицида.
7. Правовые и моральные аспекты суицида.
8. Предотвращение самоубийства.
9. Признаки суицидальных намерений.
10. Психические расстройства как причина самоубийства.
11. Психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы.
12. Ритуальные самоубийства.
13. Социальные факторы в совершении самоубийств.
14. Суицид как философская проблема.
15. Факторы повышенного риска самоубийства.
16. Философские аспекты самоубийств.
17. Эпидемиология суицидального поведения.
18. Этапы развития суицидального поведения.

#### *Требования к написанию реферата*

Реферат по данному курсу является одним из методов организации самостоятельной работы студентов. Темы рефератов являются дополнительным материалом для изучения данной дисциплины.

Реферат должен быть подготовлен согласно теме, предложенной преподавателем. Допускается самостоятельный выбор темы реферата, но по согласованию с преподавателем.

Информация по реферату должна не превышать 10 минут. Выступающий должен подготовить краткие выводы по теме реферата для конспектирования студентов.

#### *Рекомендации к написанию реферата.*

Реферат (от лат. *refereo* – сообщаю) – краткое изложение в письменном виде или в форме публичного доклада содержания научного труда (трудов), литературы по теме.

Написание реферата – одна из основных форм организации самостоятельной формы работы студентов. Реферат по дисциплине «Суицидология» предусматривает раскрытие студентам определенной проблемы на основе глубокого изучения нескольких первоисточников, предлагаемых на семинарских занятиях или для самостоятельного ознакомления.

Примерная тематика рефератов, изложенная ниже поможет сориентироваться студентам. Выбор темы реферата целесообразно производить в начале изучения курса. При ее определении полезно обратиться к тем проблемам, которые близки интересам студента, направлению его исследовательской работы (курсовой или дипломной). Это способствует более глубокому проникновению к истокам проблемы, выявлению разных концепций, подходов, мнений в истории педагогики.

#### Цели и задачи реферата.

Реферат обычно пишется в процессе изучения одной из важных учебных проблем дисциплины «Суицидология». Цели реферата при этом – показать как осмысленна данная проблема. Реализация этой цели достигается путем осуществления следующих задач:

- выработка навыков самостоятельной учебно-исследовательской работы;
- обучение методике анализа, обобщения, осмысления информации;
- проверка знаний студентов по изученной дисциплине.

#### Структура написания реферата:

1. Изучение литературы по намеченному вопросу.
2. Сбор и обобщение материала.
3. Составление плана реферата.
4. Написание реферата.
5. Оформление реферата.

Реферирование предполагает, главным образом, изложение чужих точек зрения, сделанных другими учеными выводов, однако, не возбраняется высказывать и свою точку зрения по освещаемому вопросу хотя бы в гипотетической форме как предположение, которое может быть исследовано, доказано и аргументировано впоследствии. Более того, реферат преследует цель выработки своего отношения к изучаемой проблеме.

Реферат отличается от курсовой и дипломной работы тем, что степень творчества в реферате меньше. В реферате дается только первичное осмысление и обобщение определенного объема информации, накопленной учеными и изложенная в литературе.

#### Обязательными требованиями к оформлению реферата являются:

- данные о студенте: Ф.И.О., курс, группа
- данные о преподавателе: Ф.И.О., должность, звание
- название дисциплины и тема
- план изложения материала с указанием страниц, глав, разделов
- содержание: обоснование выбранной темы, ее теоретические основы, непосредственное изложение содержания
- выводы
- библиография
- приложения (при необходимости)

План реферата позволяет студенту выделить основные вопросы, подобрать труды педагогов, внесших в решение проблемы определенный вклад, соблюсти хронологию в изложении материала и т.д.

Приступая непосредственно к изложению содержания реферата, в соответствии с планом, полезно предварить его кратким определением понятий, которые могут быть сформулированы с современной точки зрения и позволят студенту актуализировать знания, полученные из других учебных курсов и сосредоточить внимание на тех исторических идеях, которые существенно повлияли на развитие образования и педагогической мысли, либо выявить те, что остались вне поля ее зрения. Определение основных понятий даст возможность студенту выбрать те составные части проблемы, на которых они хотят остановиться подробнее, что может быть специально оговорено в реферате.

Безусловным требованием к написанию реферата по дисциплине «Суицидология» является использование непосредственно первоисточников и, как исключение, материалов, изложенных в хрестоматиях.

Изложение содержания проблемного реферата может быть оформлено по-разному. Легче всего для студентов представить взгляды на проблему разных педагогов, но, как правило, подобная форма грешит стремлением только перечислять факты, а не сравнивать различные подходы. В таком случае реферат в заключительной части должен содержать достаточно обширные, обоснованные, доказательные выводы. Целесообразнее пойти по другому пути: выделить отдельные вопросы и изложить взгляды на них педагогов различных временных эпох. В этом случае обычно возникает необходимость в промежуточных выводах, на основе которых можно сделать общее заключение.

При оформлении списка литературы необходимо руководствоваться общими требованиями. При этом следует указать все первоисточники со ссылкой на то, откуда они взяты (хрестоматия, избранные сочинения, собрания сочинений и т.д.).

При оформлении рефератов можно использовать рисунки, иллюстрации, схемы, таблицы, помогающие четко и образно изложить материал.

#### Сбор материала.

В процессе изучения литературы используют методы конспектирования и выписок. Конспект – это краткое выражение основного содержания статьи или книги, главного смысла, пересказанного своими словами или в виде цитат.

Конспекты бывают нескольких видов:

- плановые,
- текстуальные,
- свободные,
- тематические.

Плановые конспекты – это конспектирование книги по ее плану, по разделам, главам и параграфам; такой конспект полностью отражает структуру произведения; его можно строить в форме вопросов и ответов. Второй вид конспекта представляет собой собрание цитат, которые дают основное содержание книги через авторские высказывания наиболее важных идей. Третий вид конспекта – комбинированный – сочетает цитаты с пересказом своими словами содержания отдельных разделов. Четвертый предполагает подбор цитат из разных источников или пересказ чужих мыслей, разнесенных по рубрикам, по пунктам плана, раскрывающим содержание плана.

Метод конспектирования применяют в том случае, если по теме реферата имеется одна или две монографии, которые нужно изучить полностью, от начала до конца.

Метод выписок используется в случае, если литературы по теме реферата много. Тогда отбирают самые фундаментальные работы для обстоятельного изучения и конспектирования, остальные же просматривают, делая выписки в тех случаях, когда обнаруживают необходимые для раскрытия содержания темы мысли, идеи, высказывания.

Выписки, относящиеся к выбранной теме, можно складывать в отдельный конверт, папку, а при работе на компьютере – в отдельный файл. Туда же помещают собственные мысли и соображения, которые приходят в голову в связи с чтением литературы.

#### Составление плана реферата

План реферата отражает в концентрированном виде его суть. Это схематическое выражение того, что хочет сказать автор. Учитывая ограниченный объем внимания человека, план должен быть лаконичным, чтобы можно было, взглянув на него, легко понять, что стоит за ним, что будет раскрыто в тексте.

План может составляться разными способами:

- 1) взять за исходную точку избранную тему и, исходя из нее, сформулировать цели и задачи, они дадут название разделов и параграфов реферата;
- 2) исходить из собранного материала, логика которого подскажет структуру изложения;
- 3) смешенный, сочетающий оба подхода.

Обычная структура планов включает в себя:

1. Введение, в котором содержится обоснование темы и ее значимости, объяснение причин почему выбрана именно данная тема, тем обусловлен интерес к ней. Затем, дается обзор литературы по выбранной теме. Желательно, чтобы была предложена классификация существующих точек зрения на проблему, если она достаточно хорошо изучена. Если же она изучена плохо, не привлекала к себе внимание ученых, то это нужно отметить, так как возможность для творчества здесь увеличивается. Во введении должна быть четко сформулирована цель, которую студент ставит перед собой и задачи, с помощью которых он будет эту цель реализовывать.

2. Основная часть реферата, которая обычно состоит из двух разделов:

А) теоретического осмысления проблемы;

Б) изложение эмпирического материала, который аргументировано подтверждает изложенную в первом разделе основной части теорию.

При этом нужно отметить, что цитата с оценочным суждением не считается аргументом. Основная часть должна соотноситься с поставленными задачами. Возможна разбивка основной части на столько параграфов, сколько поставлено задач.

3. Заключение содержит результаты осмысления проблемы, выводы к которым приходит автор реферата, а также оценку значимости этих выводов для практики или дальнейшего изучения проблемы (так как не редко реферат перерастает в курсовую или дипломную работу). Выводы должны соответствовать поставленным задачам.

Правила оформления.

Реферат выполняется на стандартных листах формата А4, которые сшиваются любым способом слева и помещаются обложку. Реферат может быть выполнен от руки (разборчивым почерком), на пишущей машинке или на компьютере на одной стороне листа (кегель 12 через 1,5 межстрочный интервал, поля по 2 см со всех сторон). Страницы реферата должны быть пронумерованы, на титульном листе номер страницы не указывается, но он учитывается в общем числе страниц. Примерный объем реферата 20 страниц. Ссылки на использованную литературу обязательны, так как в этом проявляется культура уважения к чужой мысли. Существуют правила цитирования:

– заключать чужой текст в кавычки;

– в случае, если чужая мысль дана в пересказе своими словами в этом случае так же необходима ссылка;

– цитата должна быть законченным по содержанию отрывком текста, если фраза сокращена, то опущенные элементы заменяются многоточием;

– допускается замена устаревших форм написания современными, с обязательной оговоркой;

– если из цитируемого отрывка не понятно о ком или о чем идет речь, возможна вставка с пояснением (в круглых скобках) с указанием на лицо или предмет, после чего следует пометка инициалов автора реферата.

Библиографическое описание выполняется в соответствии с принятыми правилами.

Критерии оценки реферата

За две недели до защиты студент подает работу преподавателю на рецензию.

1. Работа оценивается преподавателем или рецензентом по 5-бальной системе.
2. При оценке работы рецензент учитывает объем библиографии (книги, статьи, документы, письма и т.д.) и объем текста. Учитывается, сумел ли автор подобрать достаточный список литературы, необходимый для осмысления вопроса, обозначенного в качестве темы. Работы с объемом библиографии менее 3-х единиц и объемом текста менее 6 машинописных листов к рассмотрению не принимаются.
3. Содержание реферата оценивается по следующим критериям:
  - 3.1. Составление логически обоснованного плана, соответствующего сформулированной цели и поставленным задачам.
  - 3.2. Полнота раскрытия темы (удалось ли ему собрать необходимый материал и осмыслить его правильно).
  - 3.3. Соответствие содержания и отобранной литературы заявленной теме.
  - 3.4. Наличие основной идеи (звучит во введении, заключении и проходит «красной нитью» через основную часть).
  - 3.5. Использование научной терминологии, а также использование первоисточников.
  - 3.6. Умение сравнивать, сопоставлять взгляды, позиции, анализировать фактический материал, проследить преемственность, развитие идей, выявлять аналогии или альтернативы современным точкам зрения и науке и практике.
  - 3.7. Наличие собственных оценок, мнений.
  - 3.8. Общая структура реферата: правильное распределение времени на введение, основную часть, заключение.
  - 3.9. Достаточная обоснованность выводов, их полнота и соответствие поставленным задачам.
  - 3.10. Какие методы в работе над рефератом студент использовал.
  - 3.11. Соответствие работы требованиям объективности, корректности, грамотности, логичности, аргументированности, доказательности, ясности стиля и четкости изложения.
4. Наличие наглядности.
5. Правильное оформление реферата в целом, ссылки на использованные источники, список литературы.

*Темы рефератов:*

1. Генетические, биохимические и патопсихологические аспекты суицида.
2. Детский и подростковый суициды.
3. Исторические аспекты суицида.
4. Классификация и причины суицида.
5. Культура и самоубийство.
6. Оценка риска суицида.
7. Правовые и моральные аспекты суицида.
8. Предотвращение самоубийства.
9. Признаки суицидальных намерений.
10. Психические расстройства как причина самоубийства.
11. Психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы.
12. Ритуальные самоубийства.
13. Социальные факторы в совершении самоубийств.
14. Суицид как философская проблема.
15. Факторы повышенного риска самоубийства.
16. Философские аспекты самоубийств.
17. Эпидемиология суицидального поведения.
18. Этапы развития суицидального поведения.