

УДК: 616.89-008.441.44

doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-98-103](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-98-103)

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ФАНТАЗИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

В.И. Крылов, К.Ю. Ретюнский, П.Б. Зотов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Крылов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1990-3313; AuthorID: 108602). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсами медицинской психологии и психосоматической медицины ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 197022, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8. Телефон: (812) 338-78-95, электронный адрес: krylov2056@mail.ru

Ретюнский Константин Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1509-4197; AuthorID: 420536). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3. Телефон: (343) 214-86-71, электронный адрес: retiunsk@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Воображение относится к познавательным психическим процессам, форме отражения действительности, способной преобразовать существующие представления для создания новых образов. Активное воображение определяет произвольное возникновение фантазий, образов воображения, несуществующих в реальности в данный момент. Эмоции обуславливают образы воображения вне учёта реальности и критического контроля. Когнитивный компонент восстанавливает критический контроль мышления с учётом объективной реальности. Фантазирование рассматривается в качестве одного из механизмов «примитивной» психологической защиты, позволяющей ослабить эмоциональное напряжение вследствие внешних и внутренних конфликтов при утрате связи конструкций воображения с реальностью. Угнетённое настроение с сужением диапазона аффективного реагирования при депрессивных состояниях обеспечивает развитие суицидальных фантазий. Напротив, содержание фантазий может изменять эмоциональное состояние. Важным представляется вопрос о соотношении терминов «суицидальные мысли» и «суицидальные фантазии». «Суицидальные мысли» определяются как «представления (мысли) на тему своей смерти, неоформленные в осознанное желание лишения себя жизни», а «суицидальные фантазии как представления о возможном разрешении психотравмирующей с помощью собственной смерти, самоубийства без чёткого осознания и характера самопроизвольной суици-

дальной активности» (без желания лишить себя жизни). Разграничение суицидальных мыслей и фантазий, а также оценка содержания и психопатологических особенностей фантазий имеет существенное значение для определения степени суицидального риска. В статье представлена классификация суицидальных фантазий на основании содержания, степени выраженности, устойчивости, зависимости от уровня и психопатологической структуры депрессии, особенностей жизненной ситуации. Феноменологический анализ переживаний больных с депрессиями позволяет выделить варианты суицидальных фантазий: фантазии, отражающие планируемые суицидные действия и фантазии, отражающие предполагаемую реакцию окружающих на суицидные действия. Суицидальные фантазии различаются в зависимости от степени тяжести депрессивных состояний и представлены широким диапазоном проявлений: от относительно неглубоких депрессий невротического и субпсихотического уровня. Дальнейшее изучение суицидальных фантазий у больных с депрессивными состояниями обусловлена необходимостью разработки методик психотерапевтического воздействия, основанного на клинико-психологическом анализе фантазий больных с депрессиями. Как следствие, возникает перспектива повышения эффективности превентивных и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: суицидальные мысли и фантазии, определение, классификация

Психопатология воображения – один из наименее разработанных разделов семиотики психических расстройств. Воображение является познавательным психическим процессом преобразования существующих образов представлений и создание на этой основе новых образов. Как и другие психические процессы, воображение представляет собой одну из форм отражения действительности.

Неопределённое положение воображения в систематике психических процессов отражает условность разделения психической деятельности на отдельные компоненты. Согласно одной из точек зрения, воображение рассматривается в качестве самостоятельного психического процесса [1, 2, 3]. Согласно другой, воображение отождествляется с другими психическими процессами, и рассматривается как особая форма образного мышления или образной памяти [2, 3].

Образы воображения субъективны и не отчуждаемы, то есть принадлежат конкретному человеку и не существуют вне его сознания. Переживание воображаемого объекта сопровождается «осознанием его небытия во внешнем по отношению к сознанию индивида мире» [1, 2].

Традиционно принято выделять активное и пассивное воображение. Пассивное воображение характеризуется произвольностью, непреднамеренностью возникновения образов. Активное воображение, напротив, определяет произвольное, преднамеренное возникновение образов. Процесс воображения может быть продуктивным и репродуктивным. Репродуктивное воображение воспроизводит образы уже пережитых ранее процессов и явлений, создаёт «несуществующий образ реально существующего предмета». Продуктивное воображение формирует образы ранее не воспринимавшихся объектов и явлений.

Продуктом активного воображения являются фантазии. Под фантазиями в психологии по-

нимают образы воображения, которые не существуют и не могут быть созданы в реальности в данный момент. В фантазиях может преобладать эмоциональный или когнитивный компоненты. В первом случае образы воображения не подчиняются критическому контролю мышления, не учитывают реальность. Фантазии становятся своеобразной «дымовой завесой», скрывающей действительность. Во втором случае критический контроль мышления сохранён, фантазии «учитывают закономерности и тенденции развития объективной реальности» [2].

Фантазирование рассматривается в качестве одного из механизмов психологической защиты. Фантазии обеспечивают ослабление эмоционального напряжения, вызванного внешними и внутренними конфликтами. Основанием для отнесения фантазирования к «незрелой», «примитивной» защите является недостаточная связь продуктов воображения с «принципом реальности», «недостаточный учёт отделённости и константности объектов, находящихся вне собственного «я» [4].

Важнейшей характеристикой эмоций является их субъективный характер. Эмоции отражают предметы и явления не сами по себе, а в их отношении к субъекту. Это означает, что эмоции определяются как особенностями внешней по отношению к субъекту ситуации, так и внутренними потребностями субъекта. Проявлением субъективного характера эмоционального реагирования является возможность одних и тех же событий вызывать различные, иногда полярные эмоции.

Между эмоциями и воображением существует прямая и обратная связь. С одной стороны, эмоциональное состояние определяет содержание фантазий. Угнетённое настроение с сужением диапазона аффективного реагирования при депрессивных состояниях обеспечивает развитие суицидальных фантазий. С другой стороны, содержание фантазий может изменять эмоциональное состояние. Фантазии, в содержании

которых находят отражение желаемые представления при депрессивных состояниях невротического уровня, позволяют отвлечься от болезненных переживаний и способствуют улучшению настроения. Наличие выраженных и стойких суицидальных тенденций одна из причин, определяющих общемедицинское и социальное значение проблемы депрессий.

В работах отечественных психологов и психиатров наиболее часто используется концепция суицидального поведения, представленная в работах Г.А. Амбрумовой и В.А. Тихоненко. Так, под суицидальным поведением понимаются «внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни» [5]. К внутренним формам суицидального поведения относят антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли в виде представлений и фантазий, а также активные формы проявлений суицидальности в виде замыслов и намерений. Антивитальные переживания представляют собой общие абстрактные размышления об отсутствии ценности жизни, бессмысленности существования. Они находят отражение в следующих формулировках: «жизнь не имеет смысла», «не жизнь, а существование». При этом убежденность в целесообразности и желательности собственной смерти отсутствует.

Традиционное определение суицидальных фантазий сводится к *представлениям на тему собственной смерти, но без желания лишить себя жизни*. Позицию больного с суицидальными фантазиями отражают высказывания «моя жизнь ничего не стоит», «для меня лучше смерть, чем такая жизнь». Различие рассматриваемых феноменов заключается в том, что при суицидальных фантазиях вопрос жизни и смерти воспринимается не в общем абстрактном, а в конкретном индивидуально-личностном смысле.

Актуальным является и вопрос о соотношении терминов «суицидальные мысли» и «суицидальные фантазии». В глоссарии суицидологических терминов «суицидальные мысли» определяются как «представления (мысли) на тему своей смерти, неоформленные в осознанное желание лишения себя жизни», а «суицидальные фантазии как представления о возможном разрешении психотравмирующей с помощью собственной смерти, самоубийства без четкого осознания и характера самопроизвольной суицидальной активности» [6, 7].

Из приведенных определений следует, что термины суицидальные мысли и суицидальные фантазии рассматриваются как близкие, но не

идентичные понятия. Представленные дефиниции дают основания для двух подходов к толкованию терминов. Первый подход предполагает рассмотрение суицидальных фантазий в качестве частного варианта суицидальных мыслей. Иначе говоря, суицидальные мысли могут принимать форму как абстрактно-логических, так и наглядно-чувственных образов-представлений.

Второй подход предполагает противопоставление суицидальных мыслей и суицидальных фантазий. Согласно данной точке зрения, к суицидальным мыслям следует относить только категории абстрактно-логического познания-понятия, суждения, умозаключения, а к суицидальным фантазиям – категории, имеющие отношение к чувственному наглядно-образному познанию.

Существующие различия во взглядах во многом связаны с многозначностью термина «представление». Важно отметить, что не всякое представление является продуктом воображения. Наряду с образами или представлениями воображения существуют образы или представления памяти. Кроме того, включение чувственных образов в процесс мышления приводит к появлению у представлений свойств, присущих категориям, имеющим отношение к процессу мышления. В связи с этим, в литературе термины понятие и представления нередко используются как синонимы.

В работах психиатров и психологов когнитивной ориентации абстрактно-логические понятия обозначаются термином вербальные мысли, а наглядно-образные представления, в том числе, фантазии определяются термином ментальные или мысленные образы. При этом суицидальные переживания могут принимать форму как вербальных мыслей, так и ментальных образов.

Разграничение суицидальных мыслей и фантазий имеет существенное значение для определения степени суицидального риска. Появление чувственно окрашенных, детально проработанных суицидальных фантазий при депрессии указывает на высокую вероятность совершения больными суицида [4].

Оценка содержания и психопатологических особенностей фантазий имеет существенное значение для оценки степени суицидального риска. С одной стороны, фантазирование, снижая уровень эмоционального напряжения, может уменьшать вероятность совершения суицидальных действий, с другой, проигрывание в воображении планируемых действий может способствовать принятию решения об их реализации.

Суицидальные фантазии рассматриваются в качестве основного компонента пресуицидального синдрома. Классическое описание пресуицидального синдрома включает триаду признаков:

1. Ограничение контактов с окружающими.
2. Усиление агрессивности с инверсией агрессивных побуждений.
3. Суицидальные фантазии, возникающие вначале активно, затем спонтанно [8].

В качестве одной из составляющих синдрома пресуицидальной невовлечённости наряду с обвинениями в собственный адрес и адрес окружающих, переживанием одиночества выделяет «фантазирование о ситуации, которая должна сложиться после самоубийства» [4].

В описании К.П. Кискера и соавт. пресуицидальный синдром характеризуется тремя основными признаками:

1. Чувством одиночества, безысходности, бессмысленности существования.
2. Проявлениями ауто- и гетероагрессии («упреки в адрес окружающих соединяются с болезненным самоотречением»).
3. Бегством в мир фантазий.

При этом, по мнению авторов в фантазиях находит отражение «садомазохистское переживание последствий ситуации» [4].

В.В. Нечипоренко и В.К. Шамрей в структуре пресуицидального синдрома выделяют облигатные и факультативные признаки [6]. Под облигатными компонентами синдрома понимаются «универсальные симптомы», которые «являются общими для всех суицидентов». К числу облигатных относят суицидальные мысли, имеющие характер представлений, фантазий на тему собственной смерти.

На основании феноменологического анализа переживаний больных с депрессиями могут быть выделены следующие варианты суицидальных фантазий.

Фантазии, отражающие планируемые суицидные действия (отвечающие на вопрос, что нужно сделать для того чтобы умереть?)

Воображение рисует яркие образные картины самоповешения, отравления, падения с высоты, гибели в катастрофе. В фантазиях проигрываются необходимые подготовительные действия, идёт целенаправленный поиск подходящего способа самоубийства, благоприятных условий и времени для совершения суицида.

Чем выше степень содержательной проработки планируемых действий в фантазиях, тем выше степень суицидального риска. Если суи-

цидальный план продуман лишь в общих чертах, риск реализации суицидальных фантазий меньше, чем в тех случаях, когда суицидальный план проработан в деталях.

Фантазии, отражающие предполагаемую реакцию окружающих на суицидные действия (отвечающие на вопрос что будет, когда я умру?)

Сюжет фантазирования отражает реакцию ближайшего окружения на сообщение о смерти. Воображение рисует сцены траурных мероприятий: поминок, похорон. Ситуация прощания проигрывается в мельчайших подробностях. В похоронах участвуют родные и близкие, друзья, коллеги по работе. Все присутствующие на церемонии одеты в траурные одежды. Выступающие произносят покаянные речи, говорят о предвзятом, несправедливом отношении к больному.

Существенное значение для оценки степени суицидального риска имеет эмоциональная окраска фантазий. У большинства больных появление образов воображения сопровождается нарастанием тревоги, углублением депрессивного сдвига настроения. Реже фантазирование вызывает чувство облегчения, ослабление тревоги.

Содержание фантазий обычно свидетельствует о двойственном отношении больных к вопросам жизни и смерти. Как правило, одновременно присутствует готовность совершить самоубийство и желание спасительного постороннего вмешательства.

В большинстве случаев больные сами не сообщают о фантазировании, даже в случае произвольного, насильственного возникновения образов. Для выявления суицидальных фантазий необходим активный направленный расспрос. Изменение тематики фантазирования с появлением сюжетов, не связанных с проблемами жизни и смерти, указывает на благоприятное изменение в состоянии больного.

Суицидальные фантазии могут иметь различную степень выраженности и устойчивости в зависимости от уровня и психопатологической структуры депрессии, а также особенностей жизненной ситуации. Чаще всего суицидальные фантазии появляются при относительно неглубоких депрессивных состояниях невротического и субпсихотического уровня.

Суицидальное поведение больных с депрессиями невротического уровня представляет собой результат личностной переработки конфликтных переживаний. Суицидальные действия становятся для больного способом «разрешения» конфликта. Депрессивные

нарушения выступают в качестве предрасполагающего и способствующего фактора, создающего условия для формирования внутриличностных и межличностных конфликтов.

При депрессиях невротического уровня суицидальные фантазии окрашены чувством обиды, несправедливости, жалости к самому себе. Эгоцентрическая направленность вектора переживаний определяет сюжеты фантазий. В представлениях больных поведение лиц, вовлечённых в конфликтные отношения, свидетельствует об их раскаянии, сожалении. Фантазии аутоагрессивного содержания чередуются с фантазиями с гетероагрессивным сюжетом. В воображении проигрываются способы мести, агрессивных действий по отношению к обидчику.

В содержании фантазий находит отражение личностный смысл планируемых суицидальных действий. Желание получить помощь от окружающих часто окрашивает сюжет фантазий (суицид как призыв помощи). Родные, друзья, узнав о планах больного, своим участием предотвращают неблагоприятное развитие ситуации, помогают в разрешении проблем.

Личностный смысл суицидальных намерений может являться своеобразной формой протеста против «несправедливого» отношения окружающих (суицид как протест). В фантазиях больного проигрывается такое развитие ситуации, при котором лица, вовлечённые в конфликт, меняют свое отношение к больному.

Наконец, желание досадить, отомстить лицам, вовлечённым в конфликтные отношения, также может определять личностный смысл планируемого суицида («суицид как месть»). В этом случае в содержании фантазий проигрывается ситуация, складывающаяся после совершения планируемого суицида. «Недоброжелатели» испытывают чувство вины, раскаяния, угрызения совести в связи с «доведением» больного до самоубийства.

Увеличение удельного веса тревожного компонента в структуре гипотимного аффекта сопровождается изменением содержания и направленности переживаний. Переживание внешней угрозы находит отражение в фабуле вымыслов. Образы воображения приобретают новую таинственную окраску, выражают гнетущую, неопределённую угрозу, калейдоскопически сменяют друг друга.

Формирование сверхценных идей малоценности, безысходности, бесперспективности находит отражение в сюжетах фантазирования. Убежденность в собственной несостоятельности, неверие в возможность изменения ситуа-

ции к лучшему лежит в основе стремления больных к добровольному уходу из жизни. Личностный смысл планируемого суицида освобождение близких от лишних забот и нагрузок (суицид как избегание). В содержании фантазий обыгрываются жизненные ситуации, выявляющие «беспомощность», «ненужность», «никчемность» больных.

Суицидальное поведение при депрессиях часто связано с субъективной непереносимостью, тягостностью деперсонализационных нарушений. Фантазирование наблюдается в случаях парциальной ауто- и соматопсихической деперсонализации. При тяжелых депрессиях с тотальной деперсонализацией выпадение образного компонента основных психических процессов является препятствием для произвольного фантазирования. При ослаблении и утрате образного компонента мышления и памяти, аффективного резонанса отказ от неполноценного существования выражает личностный смысл планируемого суицида (суицид как избегание).

По мере утяжеления депрессивного состояния произвольные фантазии приобретают навязчивый либо овладевающий характер. При навязчивом фантазировании образы воображения возникают произвольно, помимо воли и желания больного. Попытки подавить, избавиться от возникающих образов не дают результата. Особенностью навязчивых фантазий при депрессиях является избирательность критического отношения к болезненным нарушениям. Понимание болезненного характера утраты контроля за содержанием переживаний сочетается с отсутствием критики к их содержанию.

При овладевающем фантазировании критическое отношение к образам воображения полностью утрачивается. Трансформация навязчивых фантазий в овладевающие свидетельствует об утяжелении депрессии.

При тяжелых депрессиях психотического уровня фантазии замещаются бредовыми депрессивными идеями. Суицидальные замыслы и намерения продиктованы первичным чувством вины, идеями самоуничтожения и самообвинения. Уход из жизни, по мнению больных, является «заслуженным наказанием» за «недостойное поведение». Самоубийство рассматривается как единственная возможность «искупления греха».

Таким образом, следует отметить необходимость дальнейшего изучения суицидальных фантазий у больных с депрессивными состояниями. Направленное психотерапевтическое воздействие, основанное на клинико - психоло-

гическом анализе фантазий больных с депрессиями, может способствовать повышению эф-

фективности превентивных и лечебно - реабилитационных мероприятий [9].

Литература:

1. Маклаков, А.Г. Общая психология. СПб.: Питер, 2001. 592 с.
2. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2002. 720 с.
3. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. СПб., 3-е изд., испр. и доп.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. 880 с.
4. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К. и соавт. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. М.: Алетейя, 1999. 504 с.
5. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения / Методические рекомендации. М., 1980. 55 с.
6. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. СПб.: ВМА, 2007. 528 с.
7. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1978. С. 59-73.
8. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide and life-threatening behavior*. 1976; 3: 131-49.
9. Зотов П.Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 79-80.

References:

1. Maklakov, A.G. Obshhaja psihologija [General psychology]. SPb.: Piter, 2001. 592 s. (In Russ)
2. Rubinshtejn, S.L. Osnovy obshhej psihologii [Basics of General psychology]. SPb.: Piter, 2002. 720 s. (In Russ)
3. Sidorov P.I., Parnjakov A.V. Klinicheskaja psihologija: uchebnik [Clinical psychology: textbook]. SPb., 3-e izd., ispr. i dop.: GJeOTAR- Media, 2010. 880 s. (In Russ)
4. Kisker K.P., Frajberger G., Roze G.K. i soavt. Psihijatrija. Psihosomatika. Psihoterapija [Psychiatry. Psychosomatics. Psychotherapy]. M.: Aleteja, 1999. 504 s. (In Russ)
5. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija [Diagnosis of suicidal behavior] / Metodicheskie rekomendacii. M., 1980. 55 s. (In Russ)
6. Nechiporenko V.V., Shamrej V.K. Suicidologija: voprosy kliniki, diagnostiki i profilaktiki [Suicide: clinical issues, diagnosis and prevention]. SPb.: VMA, 2007. 528 s. (In Russ)
7. Tihonenko V.A. Klassifikacija suicidal'nyh pojavlenij [Classification of suicidal manifestations] // Trudy Moskovskogo NII psihijatrii MZ RSFSR. M., 1978. S. 59-73. (In Russ)
8. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide and life-threatening behavior*. 1976; 3: 131-49.
9. Zotov P.B. Accentual approach to psycho-correction work with the suicides. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 3 (1): 79-80. (In Russ)

SUICIDAL FANTASIES IN DEPRESSIVE CONDITIONS

V.I. Krylov¹, K.Yu. Retyunskiy², P.B. Zotov³

¹First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, Russia, krylov2056@mail.ru

²Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia, retiunsk@mail.ru

³Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia, note72@yandex.ru

Abstract: Imagination refers to mental cognitive processes, a form of reflection of reality, capable of transforming existing ideas to create new images. Active imagination determines the arbitrary occurrence of fantasies, picturing images that do not exist in reality at the moment. Emotions cause images of outside of reality and critical control. The cognitive component restores the critical control of thinking in view of objective reality. Fantasy is considered as one of the mechanisms of "primitive" psychological defenses, which allows us to weaken the emotional tension due to external and internal conflicts in the loss of communication between imagination and reality. Depressed mood that narrows the range of affective response to gloomy states ensures the development of suicidal fantasies. And visa versa, the content of fantasies can change the emotional state. Another important question that rises is the relationship between the terms "suicidal thoughts" and "suicidal fantasies". "Suicidal thoughts" are defined as "representations (thoughts) on their death, unformed in the conscious desire to deprive themselves of life," while "suicidal fantasies" are seen as representations of a possible resolution of the psychotraumatic experience with the help of one's own death, suicide without a clear awareness and the character of spontaneous suicidal activity "(without the real desire to deprive oneself of life). The distinction between suicidal thoughts and fantasies, as well as an assessment of the content and psychopathological characteristics of fantasies, is essential for determining the degree of suicidal risk. The article presents a classification of suicidal fantasies based on the content, degree of severity, stability, dependence on the level and psychopathological structure of depression, and features of the life situation. Phenomenological analysis of experiences of patients with depression makes it possible to distinguish variants of suicidal fantasies: fantasies reflecting planned suicidal actions and fantasies reflecting the alleged reactions of others to suicidal actions. Suicidal fantasies differ depending on the degree of severity of depressive states and are represented by a wide range of manifestations: from the relatively shallow depressions of the neurotic and subpsychotic levels. Further study of suicidal fantasies in patients with depressive states is caused by the need to develop methods of psychotherapeutic influence based on the clinical and psychological analysis of fantasies of patients with depression. As a result, there is a prospect of increasing the effectiveness of preventive and therapeutic-rehabilitation measures.

Keywords: suicidal thoughts and fantasies, definition, classification

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Крылов В.И., Ретюнский К.Ю., Зотов П.Б. Суицидальные фантазии при депрессивных состояниях. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 98-103. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-98-103](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-98-103)

For citation: Krylov V.I., Retyunskiy K.Yu., Zotov P.B. Suicidal fantasies in depressive conditions. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 98-103. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-98-103](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-98-103)