

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ,
ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
С КУРСОМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИЦ,
НАХОДЯЩИХСЯ В СИТУАЦИИ
СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2025

УДК 616.89-008.441.44-085.851:159.97(075.9)

ББК 56.14я78

П86

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 18.12.2024 г., протокол № 4

А в т о р ы: канд. мед. наук, доц. С. В. Давидовский; канд. мед. наук, доц. Е. В. Тарасевич; канд. мед. наук, доц. Е. И. Терещук; канд. мед. наук, доц. А. А. Таболина; канд. мед. наук, доц. А. В. Ерема

Р е ц е н з е н т ы: гл. врач Минского городского клинического центра детской психиатрии и психотерапии В. С. Кирилюк; каф. психотерапии и клинической психодиагностики Гродненского государственного медицинского университета

Психотерапевтическая интервенция и психологическая коррекция лиц, находящихся в состоянии суицидального кризиса : учебно-методическое пособие / С. В. Давидовский, Е. В. Тарасевич, Е. И. Терещук [и др.]. – Минск : БГМУ, 2025. – 28 с.

ISBN 978-985-21-1956-6.

Рассматриваются особенности оказания экстренной помощи лицам, находящимся в состоянии суицидального кризиса, основы кризисного вмешательства и методы оказания психотерапевтической помощи лицам, совершившим суицидальную попытку.

Предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Психотерапия», повышения квалификации врачей-психотерапевтов, врачей — психиатров-наркологов, врачей терапевтических специальностей, клинических ординаторов и врачей-интернов.

УДК 616.89-008.441.44-085.851:159.97(075.9)

ББК 56.14я78

ISBN 978-985-21-1956-6

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2025

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность от суицидов является второй ведущей причиной смерти среди молодых людей в возрасте 15–29 лет в глобальном масштабе, в возрастном диапазоне 15–35 лет в Европе она занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. В Республике Беларусь это ведущая причина смертности от внешних причин, которая превышает смертность от дорожно-транспортных происшествий, убийств и пожаров вместе взятых.

Психопатологической основой суицида является склонность к депрессии и потеря контроля над агрессивными импульсами. Следует отметить, что $\frac{2}{3}$ из тех, кто пытался покончить с собой, на самом деле не стремились этого делать, часто совершая попытку импульсивно, не осознавая последствий своих действий.

Поэтому профилактика суицидального поведения представляет собой важную социальную задачу, осуществление которой возможно только при интеграции усилий множества специалистов разного профиля в единую превентивную стратегию.

К сожалению, среди медицинских работников распространено мнение, что диагностика и предотвращение суицидального поведения относятся исключительно к компетенции психиатров и психотерапевтов. Однако люди с психологическими проблемами и психическими расстройствами значительно чаще обращаются к врачам терапевтического профиля. По данным ряда исследователей, до 50 % суицидальных пациентов контактируют с врачом общей практики в течение двух месяцев до суицидального акта, а 45–70 % посещают врача терапевтического профиля за две недели до суицида или попытки. Согласно данным по г. Минску за 2009–2015 гг., лица, совершившие суицид, в 2 раза чаще посещали врачей в поликлинике в течение года до совершения самоубийства, чем врача — психиатра-нарколога. Поэтому важно владеть навыками оказания помощи лицам, находящимся в состоянии суицидального кризиса, вне зависимости от специальности.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицид и парасуицид часто рассматривают как осложнение психических расстройств (депрессии, шизофрении, зависимости от психоактивных веществ). Однако даже в группе психических больных с наиболее высоким риском суицида (при депрессии риск суицида составляет 15 %, при зависимости от психоактивных веществ — 10–12 %) большинство пациентов никогда этого не делают, что указывает на важность наличия предрасположенности к суицидальному поведению, которая не связана с наличием психиатрического расстройства. Следовательно, самоубийство не связано с появлением тех или иных психопатологических нарушений, а представляет собой один из видов поведенческих реакций человека в экстремальных ситуациях по всему диапазону диагностических вариаций — от психической нормы до выраженной патологии.

Сам суицидальный акт рассматривается как результат взаимодействия многочисленных «базовых» факторов риска (ФР) друг с другом и с «триггерными» (пусковыми) факторами (кризисная ситуация). К базовым ФР относят множество факторов социального, демографического, религиозного, этнического, психологического, семейного и биологического характера. Среди этих ФР можно выделить группы риска суицида (например, мужчины старше 45 лет, люди, страдающие алкогольной зависимостью, ВИЧ инфицированные, страдающие онкологическими заболеваниями и др.). Тем не менее, базовые факторы носят лишь вероятностный характер; принадлежность к группе риска не обозначает обязательного «вердикта». Риск значительно усиливается при интеграции нескольких ФР (например, мужчина после 45 лет, проживающий в одиночестве, страдающий рекуррентным депрессивным расстройством и зависимостью от алкоголя). Но для «запуска» суицидальных действий необходим пусковой фактор, которым, как правило, является *конфликт* или *кризис*. Обычно причиной кризиса является утрата (или возможность утраты) значимого объекта (то есть человека, материальной или духовной ценности). Примеры: смерть близкого человека; развод; утрата работы или социального статуса; утрата здоровья, постановка диагноза тяжелого заболевания, социальная и физическая беспомощность, утрата психологической безопасности (психоз, депрессия) и пр.

Степень дезадаптации зависит от базовых ФР и силы триггера. Ситуации межличностных конфликтов являются источниками эмоций страха, вины, стыда и синдрома депрессии, которые, как правило, лежат в основе суицидальных мотиваций. Если такое состояние воспринимается через призму беспомощности, безнадежности и невозможности альтернативного выхода, суицидальный риск становится высоким. «Суицидальное» восприятие ситуации характеризуется также когнитивным сужением («никого выхода нет») и дихотомическим мышлением («все или ничего»).

МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Содержание кризиса, характер пускового конфликта, а также то, как он воспринимается индивидуумом, во многом определяют мотивы суицидальных действий:

1. «Крик о помощи», призыв. Мотив и смысл суицидального акта (как правило, это суицидальная попытка) — обретение помощи.

2. Протест, месть. Провоцируется чувством обиды, несправедливости. Суицидальные действия (попытка или суицид) бессознательно направлены на индукцию чувства вины у значимого человека в ситуации конфликта.

3. Избегание непереносимой жизненной ситуации. Провоцируется неприемлемым для индивида изменением жизненной ситуации (развод, долги, уголовное наказание и пр.). С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. Степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.

4. Избегание страдания. Провоцируется физическими или психологическими страданиями. Смерть или самоповреждение представляется способом их прервать.

5. Наказание себя. Провоцируется гипертрофированным чувством вины. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины — самонаказание, в том числе с помощью суицидальных актов.

6. Жертвоприношение. Провоцируется потребностью «искупить вину» за реальные или фантазийные (в случае депрессии, бреда) действия.

7. Воссоединение. Мотив, исходящий из фантазии о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжелой утраты.

Основным «инструментом» оценки суицидального риска является клиническое интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из анамнеза жизни суицидента. Процесс общения с пациентом, как и любое социальное взаимодействие, носит двунаправленный характер: специалист не просто «объективно» и бесстрастно оценивает состояние пациента, но эмоционально реагирует на его вербальные и невербальные послания, что неизбежно вносит элемент «субъективизма» в оценку риска и дальнейшие действия врача. В диагностике суицидального риска особое значение имеют следующие компоненты:

1. Особенности эмоциональной реакции врача во время проведения клинического интервью.

2. Клиническая оценка врачом состояния пациента.

Особенности эмоциональных реакций врача. Зачастую пациенты с депрессией и личностными проблемами, не осознавая того, требуют к себе повышенного внимания окружающих, вовлекая в сферу оказания помощи широкий круг близких людей и медицинских работников. Многочисленные соматические и депрессивные жалобы, проявления низкой социальной и бытовой продуктивности, чрезмерная настойчивость или эмоциональная недос-

тупность могут провоцировать определенное защитное поведение как у близких пациента, так и у медицинских работников, оказывающих помощь. Упоминание о суицидальных намерениях, подозрение о наличии у пациента психического расстройства могут вызывать ряд специфических чувств, которые свойственны многим людям в подобной ситуации:

1. *Тревогу и страх.* Связаны с возможностью реализации пациентом суицидальных идей и представлениями врача о негативных для него последствиях этого акта (административное наказание, жалоба родственников и пр.).

2. *Раздражение и гнев.* Связаны с ощущением манипулятивного давления, «суицидального шантажа», с которыми часто ассоциировано суицидальное поведение, независимо от его мотивов и исходов.

3. *Презрение и обесценивание.* Связаны как с фактом традиционного «стигматизирующего» отношения к людям с психическими расстройствами, так и с фактом культурального восприятия суицида как греха, нравственной слабости, неполноценности.

4. *Гипертрофированное чувство вины.* Связано с ощущением собственной причастности к суицидальным высказываниям или действиям пациента.

Эти и другие эмоции способствуют формированию непродуктивных защитных реакций врача, препятствующих адекватной оценке суицидального риска:

1. *Избегание вопросов о суицидальных намерениях.* После наблюдения первых признаков психического расстройства или суицидального риска (скрытых или явных) специалист неосознанно отрицает необходимость дальнейшего уточнения («Если я об этом не знаю, то этого не существует»). Врач может необоснованно опасаться, что вопросы о суициде подтолкнут пациента к его реализации. Опрос пациента о суицидальных намерениях может принести ему облегчение.

2. *Неверие пациенту.* Врач не допускает мысли, что суицидальные высказывания (или интуитивные опасения специалиста) могут быть реализованы («Те, кто совершают суицид, об этом не говорят», «Истерические реакции не опасны»). Чувствуя недоверие, пациент либо уходит от контакта, либо пытается «доказать серьезность» своих намерений (совершает повторные суицидальные действия).

3. *Враждебность к пациенту.* Может проявляться в открытом конфликте, в желании быстро избавиться от пациента, в провоцировании пациента на более опасные действия («Если Вы хотели покончить с собой, почему же только руку порезали?»).

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

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

дело психиатров»). Из вышесказанного следует: до 60 % людей, умирающих вследствие суицида, никогда при жизни к психиатрам не обращались. В связи с этим, первичная оценка психического состояния и риска суицида является одной из профессиональных обязанностей врачей всех лечебных специальностей.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

В беседе с пациентом рекомендуется придерживаться следующих принципов:

1. Неотложность. Указание на суицидальный риск говорит о том, что беседа с таким пациентом не может быть «отложена», ему необходимо уделить внимания больше, чем другим пациентам.

2. Эмпатическое отношение. Эмпатия — это способность определить особенности эмоционального состояния другого человека, поставить себя на его место и сопереживать ему. Эмпатия подразумевает искренность врача, сопереживание, но не психологическое «слияние» с пациентом.

3. Баланс открытых и прямых вопросов. Беседу всегда следует начинать с «открытых» вопросов, подразумевающих возможность ответа в виде рассказа, монолога (например, «Расскажите о себе», «Что Вас беспокоит?»). По ходу интервью увеличивается доля «прямых», «закрытых» вопросов, требующих конкретных ответов («Вы испытывали чувство тоски?», «У Вас были мысли о самоповреждении?»).

4. Избегание моральных оценок. Тема суицида сопряжена с моральным, нравственным и религиозным контекстами. Распространенной общечеловеческой оценкой суицидального акта является осуждение либо того, кто его совершил, либо кого-то из его окружения («поиск виновного»). Смысл клинического интервью заключается в профессиональной безоценочной помощи пациенту.

5. Разделение ответственности. Специалист несет ответственность за адекватное и своевременное оказание помощи пациенту, оценку суицидального риска и психического статуса, организацию консультативной помощи, предоставление рекомендаций пациенту и его родственникам. Специалист не может нести ответственность за результат терапевтических мероприятий. Следовательно, при адекватном выполнении названных выше обязанностей врач не может быть ответственным за совершение суицидальных действий пациентом. Начиная с первого интервью, ответственность необходимо разделить между пациентом, близкими ему людьми и помогающими специалистами.

6. Избегание невыполнимых обещаний. В коммуникации с пациентом рекомендуется придерживаться принципа реальности. Человек в критической ситуации часто склонен идеализировать фигуру врача и переоценивать его возможности. Необходимо определить границы своих возможностей и проинформировать пациента о них.

7. Нейтральность к психопатологии. В обязанности врача входит первичная оценка психического статуса и постановка предварительного диагноза. Однако какой бы серьезной ни была патология, рекомендуется помнить, что любые психопатологические симптомы являются лишь частью переживаний и особенностей человека и не должны низводить его до статуса «психически больного». Например, галлюцинаторные «голоса» и бред преследования сопровождаются сильным страхом; осознание факта психического расстройства — чувствами вины, стыда, социальной неполноценности; депрессия — ощущением бесконечности страданий, безнадежностью и др.

8. Избегание навязывания своего темпа коммуникации. У депрессивных пациентов часто нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов и темпа речи и односложных ответах. Специалисту необходимо «подстроить» темп речи, громкость голоса под особенности пациента.

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

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

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

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы, необходимо уточнить следующее:

1. Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
2. Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?
3. Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
4. Имеется ли доступ к избранному способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?
5. Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?
6. Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

При оценке суицидального риска следует оценивать:

1. Качество социальной поддержки. Наличие поддержки со стороны родных, партнеров, друзей, сослуживцев и социальных служб является протективным фактором. В некоторых случаях важным антисуицидальным фактором может быть наличие домашнего животного, за которым требуется уход. Отсутствие поддержки (проживание в одиночестве, замкнутый образ жизни или наличие враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск суицида.

2. Желание пациента принимать помощь. Сотрудничество пациента с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная недоступность, сокрытие и диссимуляция суицидальных намерений, нежелание принимать помощь, сожаления о том, что ему «мешают» осуществить суицидальный замысел являются признаками неблагоприятного прогноза.

В настоящее время выделяют *слабую выраженность* суицидальных намерений, *умеренную выраженность* суицидального риска, *сильное намерение* суицидального риска и *чрезвычайно высокий* суицидальный риск. Несмотря на имеющуюся в последнее время критику данного положения, в ситуации суицидального кризиса, когда пациента обуревают амбивалентные чувства и он находится под влиянием суицидальных намерений, оценка выраженности вероятности суицида позволяет при необходимости организовать экстренную медицинскую помощь и таким образом избежать негативных последствий в ситуации неопределенного выбора.

Слабая выраженность суицидального намерения. Суицидальные мысли возникают, однако конкретные суицидальные планы отсутствуют, наблюдаются отдельные факторы суицидального риска.

Клинический случай № 1. Пациентка обратилась за помощью в связи с перенесшим психоэмоциональным стрессом. При этом она отмечает наличие суицидальных мыслей, которые периодически возникают и не носят навязчивый характер. Какие-либо планы на совершение суицида отсутствуют, у пациентки отсутствует желание следовать им.

Умеренная выраженность суицидального риска. Присутствуют суицидальные мысли, есть общий суицидальный план. При этом следует учитывать, каким способом человек намеревается покончить с собой, знает ли он летальные дозы лекарств и отравляющих веществ и имеет ли доступ к огнестрельному оружию и химическим препаратам. Однако самоконтроль не нарушен, клиент может назвать несколько причин, по которым стоит жить. Имеется несколько факторов риска.

Клинический случай № 2. Пациентка в возрасте 45 лет обратилась за помощью. Страдала депрессией, на фоне улучшения состояния начала отмечать наличие желания выброситься с балкона, однако понимала абсурдность своего желания, которое прошло по мере дальнейшего улучшения ее состояния.

Сильное намерение суицидального риска. Суицидальные мысли появляются часто и носят интенсивный характер. Имеется детальный суицидальный план, который может привести к летальному исходу. Средства выполнения плана доступны, ресурсов помощи недостаточно. Самоконтроль пациента под вопросом, однако пациент не имеет «желания» покончить с собой, намерения пациента покончить с собой кажутся не столь выраженными. Могут присутствовать многочисленные факторы риска.

Клинический случай № 3. Пациент обратился за помощью в связи с появлением мыслей совершить суицид. В анамнезе: отец совершил самоубийство, старший брат совершил самоубийство. По достижении зрелого возраста появились мысли совершить суицид, которые стали носить навязчивый характер. Пациент начал испытывать страх, что не справится со своим состоянием, поэтому обратился за помощью к врачу-психотерапевту.

Чрезвычайно высокий суицидальный риск. Пациент явно выражает желание покончить с собой, имеется детальный суицидальный план, реализация которого приведет к летальному исходу, самоконтроль пациента остается под вопросом. Для состояния высокого суицидального риска характерно:

- наличие устойчивых фантазий о смерти;
- наличие выраженного желания совершить суицид;
- наличие выраженной депрессивной симптоматики, соответствующей критериям «Депрессивного эпизода средней тяжести» (МКБ-10);
- высокий уровень безнадежности в высказываниях;
- эмоционально-когнитивная фиксация на фрустрирующей ситуации;
- отсутствие социально-психологической поддержки.

Как правило, лица, находящиеся в состоянии чрезвычайно высокого суицидального риска, отмечают, «что как будто какая-то сила» заставляет их совершить самоубийство. В данном случае наиболее эффективная помощь будет заключаться в экстренной госпитализации пациента. И если в обычной ситуации пациент, понимая, что будет госпитализирован в психиатрический стационар, всячески будет избегать этого, то в данном случае он покорно будет ожидать бригаду специализированной скорой медицинской помощи полчаса, час и т. д.

Клинический случай № 4. Пациент Д. обратился на прием в связи с наличием выраженного желания совершить суицид. Со слов пациента, в настоящее время он никак не может справиться со своими переживаниями. «Как будто какая-то сила заставляет меня выйти на балкон и толкает выбраться с него». На прием обратился самостоятельно.

ЭТАПЫ КРИЗИСНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСА

При осуществлении кризисного вмешательства необходимо обеспечить наблюдение за пациентом, адекватное характеру и тяжести суицидального риска, наладить контакт специалистов, осуществляющих помощь, контакт

с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами при наличии возможности исключить пациента из стрессовой ситуации.

Кризисное вмешательство осуществляется путем проведения полуструктурированного интервью, целью которого является выявление и редукция суицидальных тенденций. Оно является закономерным продолжением диагностического интервью и строится на описанных выше принципах и техниках коммуникации:

1. Сбор информации о кризисе. На данном этапе необходимо стремиться к установлению доверительных взаимоотношений, построенных на взаимном доверии. Любые чувства и переживания пациента должны приниматься без оценки и критических интерпретаций. Важно предоставлять пациенту психологическую поддержку. Рекомендуются не пренебрегать тем, что может показаться «несерьезным», «манипулятивным», «попыткой неоднократно прояснять суицидальные намерения (фантазии, мысли, планы). В случае нежелания пациента раскрывать подробности суицидального акта необходимо сосредоточить внимание на актуальных переживаниях и чувствах.

2. Определение внутреннего смысла кризиса, мотивов и целей суицидальных намерений. Мотивы и цели суицидальных актов могут отличаться от провоцирующих их поводов. Для понимания внутреннего смысла кризиса важно выстроить «объяснительную» гипотезу, определить доминирующие эмоции, ожидания от поступка, провоцирующий фактор.

3. Терапевтические интерпретации и вмешательства. Осуществляются тогда, когда пациент почувствовал, что его ситуация и он сам доброжелательно «приняты» специалистом. Интерпретации преподносятся в мягкой манере как мнение специалиста, а не фиксированные догмы.

4. Обсуждение мотивов суицидального акта. Мотивы, связанные с «воздействием на других», не должны интерпретироваться в осуждающей и пренебрежительной манере. Демонстрация сомнения в том, что суицидальный акт реализует цель. В тех случаях, когда суицидальный акт рассматривается как попытка изменить поведение значимых других, возможно обсуждение с пациентом, насколько реалистичны такие фантазии. Когда суицидальная попытка действительно вынуждает изменить поведение значимых лиц (то есть цель «достигается»), можно предложить обсуждение чувств, которые в этой ситуации испытывает пациент и предположительно «адресат» суицидальной попытки.

5. Прояснение основной «дихотомии». Суицидальное мышление характеризуется дихотомичностью и безальтернативностью. Одна из задач совместной работы — построить континуум между «все» и «ничего», помочь пациенту найти альтернативные выходы из кризиса. Например, обсудить, как можно справиться с болью утраты, как выразить свои чувства и потребности другому человеку, не прибегая к аутоагрессии.

6. Девальвация значимости проблемы. Можно с осторожностью усилить сомнения о тотальной значимости потери или неудачи. Процесс снижения интенсивности переживаний по поводу утраты с течением времени —

естественный адаптационный процесс, которому можно способствовать. Нужно быть крайне аккуратным с чувствами пациента. Во-первых, пациент может посчитать, что специалист не воспринимает его чувства и проблему «всерьез». Во-вторых, несвоевременное обесценивание потери может стимулировать развитие негативного переноса.

7. Преодоление исключительности ситуации. Обсудить общность ситуации пациента и других людей. Совместно подобрать примеры альтернативного решения проблемы. Важно избежать обесценивания кризиса конкретного пациента: несмотря на общность, в каждой кризисной ситуации и чувствах человека есть уникальность. Возвращение к прошлому опыту удачного решения проблем стимулирует пациента применить те адаптивные способы справиться с тяжелыми эмоциями, которые были эффективны ранее.

8. Совместная формулировка плана терапевтических мероприятий. Это способствует дисквалификации представлений пациента о безнадежности и отсутствии возможности получить поддержку, и заново выстраивает смысл существования в его субъективной картине мира.

9. Обратная связь и обсуждение поведения пациента. В конце интервью важно получить обратную связь и трактовку пациентом своего текущего состояния и планов на ближайшее время (часы, дни). Слишком оптимистичные заверения пациента о быстрых позитивных изменениях должны настораживать. Суицидальные мысли могут легко возвращаться в течение нескольких дней или часов. Наиболее вероятным исходом удачного вмешательства будет установление доверия между врачом и пациентом и готовность последнего продолжить работу.

10. Антисуицидальный контракт. Одним из возможных вариантов окончания кризисного вмешательства может быть совместное составление антисуицидального контракта. В нем уточняются ответственность «сторон» за терапевтические мероприятия, что может увеличить степень сотрудничества пациента. Одним из пунктов ответственности пациента может быть отказ от суицидальных действий на время терапии. Такая договоренность является лишь первым шагом: контракт можно «продлевать», а при завершении терапии оставить его «открытым», то есть предоставить пациенту возможность позвонить специалисту (или его коллегам) или вернуться в терапию в случае ухудшения состояния.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Терапевтическая работа с суицидальными желаниями начинается уже в ходе первой беседы терапевта с пациентом. Перед терапевтом стоит задача понять, какими мотивами руководствуется пациент, совершивший суицидную попытку или вынашивающий подобные планы. Следует отметить, что

лечение суицидента не может быть успешным, если психотерапевт все сводит только к контролю и регулированию его поведения.

Медицинская модель предполагает, что суицид является последствием психического расстройства, чаще всего депрессии. Проблема медицинской концептуализации суицидального поведения заключается в том, что она основана на «линейной модели», то есть, как и в моделях соматических заболеваний, она предполагает каузальную патологию и цепочку биологических и функциональных изменений, ведущих к специфическим симптомам, требующим специфического лечения.

Связь между психической болезнью и суицидальным поведением основана на классических ретроспективных исследованиях, которые обнаружили типичные симптомы психиатрических диагнозов в более чем 90 % суицидов. Хотя психиатрические диагнозы без сомнения — важные факторы риска суицида, такая модель показала весьма ограниченные способности снижения суицидального поведения на популяционном уровне.

В традиционном медицинском подходе суицидальный человек — это «пассивное существо, ведомое психическим расстройством», а не человек с индивидуальной биографией, собственным внутренним миром, эмоциональной жизнью, жизненными целями и уязвимыми местами. Поэтому все рекомендации при оказании помощи суицидентам сводятся к необходимости организации экстренной госпитализации и наблюдения за таким пациентом. При этом само наблюдение ассоциируется со словом терапия, а все рекомендации сводятся к выработке стратегии, направленной на то, как терапевту «перехитрить» потенциального самоубийцу, и содержат примерный перечень таких рекомендаций:

- постараться добиться, чтобы из дома суицидента убрали все потенциально ядовитые медикаменты и огнестрельное оружие;
- внимательно контролировать прописывание рецептов на сильнодействующие лекарства;
- контролировать прием препаратов;
- не оставлять человека одного;
- рекомендовать семье проявлять бдительность и т. д.

Это обусловлено тем, что в большинстве статей о лечении суицидальных тенденций гласит: «Умершему пациенту не поможет никакое лечение». Нередко за ним следует список критериев, используемых для оценки суицидального риска. В некоторых случаях список помогает только оценить степень выраженности депрессии у пациента на основании его настроения, энергии, личной и социальной продуктивности и наличия тревоги. Имеется ряд опасных для пациента обстоятельств, например, когда в стрессовые периоды жизни он возвращается домой после выписки из больницы. Этот перечень обычно основан на клинической аксиоме, восходящей еще к Манфреду Блейлеру и гласящей, что суицидальной попытке часто предшествует уменьшение тяжести депрессии. На фоне медикаментозного лечения начинает проявляться активность пациента, однако негативный фон настроения и суи-

цидальный фон сохраняются, что увеличивает риск совершения суицида. Следовательно, если пациент страдает депрессией, то необходимо быть крайне внимательным, т. к. депрессия часто сопровождается суицидальными мыслями, а когда наступает улучшение необходимо проявлять осторожность, ввиду того, что риск суицида повышается.

Однако следует понимать, что для психотерапевта, работающего в психиатрическом стационаре или амбулаторно обслуживающего пациентов, будет лучшим признанием, что ему вряд ли мерами надзора или стеснения удастся удержать от самоубийства решительно настроенного человека, о чем свидетельствует клиническая практика.

Клинический случай № 5. Пациентка 52 лет обратилась за помощью в связи с наличием суицидальных мыслей и переживаний (суицидальные мысли переживания возникли на фоне известия об измене мужа, возникла угроза развода). Прошла курс медикаментозной терапии, однако антивитальные переживания сохраняли свою актуальность. Была направлена в стационар, прошла курс лечения, после выписки проходила амбулаторное лечение, однако суицидальные мысли сохранялись, в связи с чем снова была направлена на стационарное лечение. В ходе проводимого лечения прошла курс электросудорожной терапии (ЭСТ). После выписки получала поддерживающее лечение, в момент нахождения дома была обнаружена около открытого окна на подоконнике (высказывала желание выброситься из окна). Пациентку направили в деревню к родственникам. Находясь в деревне, пациентка случайно нашла ружье в сарае и застрелилась.

Даже находящиеся под наблюдением в психиатрическом стационаре пациенты могут совершать суицидальные действия (повешение в туалете, удушение полотенцем или простыней ночью). Поэтому подобные предосторожности и предупреждения кажутся целесообразными, но на практике отражают такие установки и подходы в отношении лиц с суицидальными тенденциями, которые нередко ведут к неэффективности терапии, которая может свестись к изъятию у него таблеток, ограничению доступа к острым предметам, после чего терапевт уверяет себя, что принял все возможные предосторожности. Эти предосторожности и попытки контроля могут усилить один из наиболее опасных аспектов проявления суицидальной личности, а именно укрепить склонность к возложению на других ответственности за свою жизнь.

При проведении терапии рекомендации сводятся к необходимости поддерживать в пациенте веру, что его нынешнее состояние пройдет; укреплять ее историями о других, выздоровевших людях, которые чувствовали себя сходным образом; говорить, что реальное суицидальное поведение станет помехой терапии; отмечать, что лечение не поможет мертвому; и, наконец, напомнить пациенту о его чувствах к супруге, детям или домашним животным. Поощрение пациента к жизни ради психотерапии, терапевта или семьи только укрепляет чувства, которые он и без того испытывает, а именно, что он живет исключительно ради других и скорее может подтолкнуть человека к самоубийству, чем предотвратить его.

Первым и важнейшим шагом в работе с суицидальным пациентом является проникновение в его мир. Необходимо понять, каким образом пациент использует предполагаемую смерть как часть своих механизмов адаптации к текущей ситуации, находя выход из ситуации фрустрации, в которую он попал. Направление и методы терапевтического вмешательства будут зависеть от того, какие мотивы лежат в основе суицидального поведения пациента. Если пациент ищет «избавления» от тягостной ситуации, узловым моментом вмешательства будет работа с чувством безысходности и негативными ожиданиями. Если обнаруживается, что у пациента есть реальные основания для отчаяния, например, он стоит на грани нищеты или страдает серьезным заболеванием, необходимо принять меры социального порядка. Но если всеобъемлющие негативные ожидания и чувство безысходности вырастают из искаженного или патологического самовосприятия и восприятия мира, то терапевтические усилия должны быть направлены на исправление ошибочных представлений и иррациональных убеждений пациента.

В тех случаях, когда суицидная попытка совершена с целью оказания воздействия на окружающих, необходимо понять, какие конкретно желания побуждали человека к действию. Хотел ли он добиться любви и понимания от окружающих, или желал отомстить кому-то, или пытался таким образом выразить свои враждебные чувства. Не связано ли это с распадом конвенциональных способов межличностной коммуникации? Если обнаруживается, что суицидная попытка вызвана недостаточным развитием коммуникативных и межличностных умений, необходимо показать пациенту, что его способы межличностной коммуникации имеют дезадаптивный характер, и научить его более адаптивным способам общения с людьми.

Терапевт должен уметь «вжиться» во внутренний мир пациента, должен уметь «прочувствовать» его отчаяние и безысходность. Польза такого рода эмпатии в том, что она позволяет адаптировать терапевтические стратегии к нуждам пациента и дает пациенту ощущение, что он «понят» терапевтом. Терапевт должен понять образ мыслей пациента настолько, чтобы не считать его суицидальные намерения «ненормальными» и принять логику суицидальных причинно-следственных связей. Только после этого терапевт вместе с пациентом может начать работу по поиску ошибок в посылках и умозаключениях, лежащих в основе суицидального импульса.

ТРЕВОГИ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Терапевт, которого страшит факт, что пациент может покончить с собой, находясь под его наблюдением, не обладает достаточными силами для проведения психотерапии. Рационализация о необходимости неотложных мер для предотвращения самоубийства и осуществления терапии служит прикрытием от осознания факта, что отражающие тревогу психотерапевта неотложные меры часто делают терапию невозможной.

Только в процессе психотерапии полностью проявляются особенности отношения суицидального человека к смерти и саморазрушению. Но ее исход в равной мере зависит и от отношения терапевта к вопросам смерти, умирания и самоубийства. Боязнь ответственности за суицидентов является осознанным мотивом, заставляющим многих терапевтов избегать их лечения, а у тех, кто этим занимается, тревога по поводу возможной смерти пациента часто снижает ясность восприятия. Она в равной мере порождается виной или страхом перед обвинением в его смерти или вытекает из чрезмерного сочувствия и эмпатии. Самоубийство действительно является вопросом жизни и смерти для пациента, но с того времени, как терапевт начинает считать успех лечения вопросом жизни и смерти для собственной самооценки, его усилия, скорее всего, окажутся напрасными.

Хотя суициденты и лишают себя чувствительности в отношении многих жизненных ситуаций, восприимчивость к тревогам терапевта у них остается. Многие из них (включая в конечном счете сводящих счеты с жизнью) умеют пробуждать у других использовать тревогу по поводу своей смерти с целью манипуляции или принуждения, поэтому обычно они проверяют, получится ли у них аналогичный эксперимент с терапевтом. Стоит тому однажды в ответ на суицидальные угрозы удовлетворить неразумные требования пациента, ситуация станет повторяющейся с усилением требований и гнева, обусловленного отказом их выполнения. Если эти установки и ожидания осознанно не исследовать, терапевт попадет в рабство к пациенту с отрицательными результатами лечения.

Такие случаи достаточно часто встречаются в реальной практике, когда пациенты требуют постоянного внимания к себе, угрожая совершить суицид, когда психотерапевт, поддавшись описанному принуждению, каждое утро звонил пациентке по телефону в течение года после ее намека, что при отсутствии звонков она покончит с собой. В конечном счете, несмотря на его постоянные звонки, она так и поступила, оставив терапевта наедине с сильными переживаниями и мыслью, что его предали. В данном случае необходимо вместо удовлетворения требований пациентки приложить усилия для поиска причин, по которым пациентка пыталась структурировать проявления его интереса к ней.

Суицидент часто выдвигает условия для сохранения своей жизни: «если ты не спасешь меня, я умру»; «если мне не удастся сделать тебя счастливым, я покончу с собой». Эти установки являются основными в отношении человека к самоубийству; если они не вызывают у терапевта очень сильной тревоги, он будет в состоянии исследовать их с пользой для пациента.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС С ПАЦИЕНТОМ

Терапевтические отношения жизненно необходимы для эффективного лечения суицидальности. Лучшие методы, безошибочно примененные в нужное время, имеют ограниченную ценность (а то и вовсе никакой), если не существует адекватных терапевтических отношений и лечебного альянса.

Главный вызов в терапии суицидальных пациентов заключается в том, что терапевт должен быть аффективно созвучен суицидальному опыту пациента. Одна из главных трудностей для терапевта — способность проявить эмпатию к суицидальному желанию пациента и избежать попыток отговаривать пациента от них. Психотерапия с суицидальными пациентами может вызывать сильные реакции контрпереноса, включая сильные чувства гнева, безнадежности и желания избежать общения. И все же искренняя попытка терапевта понять и принять субъективный опыт пациента, не пытаясь усомниться в нем, является определяющей для того, чтобы пациент смог справиться с душевной болью, даже если в суицидальном кризисе эта боль представляется невыносимой. А практика установления контакта (например, контактирование с пациентами, которые пропускают прием, по телефону или их посещение на дому) увеличивает вовлеченность в лечение.

Эмпатичный терапевт сообщает вербально и невербально, что переживания пациента, включая суицидальность, понятны ему в контексте текущего и прошлого опыта собеседника. Терапевт, который фундаментальным образом валидизирует (признает значимость опыта) пациента, обладает способностью научить переносить эти переживания и переключаться на несуйцидальные цели. Целью его должна стать помощь пациенту в совладании с эмоциональными кризисами и усиление его самоэффективности.

Терапевтический альянс считается ключевым элементом терапии суицидальности, но главные характеристики могут отличаться в зависимости от терапевтической модели. Например, в когнитивно-поведенческой терапии терапевт и пациент работают сообща, исследуя базовые убеждения и автоматические мысли пациента, чтобы сформировать индивидуальные цели (зачастую с помощью домашних заданий). Упор при этом делается на сотрудничестве и совместном исследовании «суицидальной системы убеждений» человека, которая включает триггеры, физические симптомы и связанное с суицидом поведение. Терапевт — это активный и вовлеченный эксперт, который фокусируется на управлении симптомами (разрешении кризисов), построении навыков и личностном развитии. Сотрудничающий эмпиризм понимается как способ сообщения эмпатии и одновременно веры в пациента.

Некоторые авторы рекомендуют использовать терапевтический контракт, в который обычно входит согласие пациента посещать сессии и участвовать в них, работать на предотвращение вероятности суицида, выполнять домашние задания и активно участвовать в других элементах лечения, чтобы лучше справляться с суицидальными кризисами. М. D. Rudd и коллеги определили общие элементы эффективного лечения, которые они вычленили из

обзоров доступных рандомизированных клинических исследований лечения суицидальности. Один из таких элементов — обеспечение пациентов простыми и понятными моделями их суицидальности. Второй элемент — зарождение надежды, которая, как предполагается, имеет позитивные последствия для мотивации, приверженности лечению и способствует общему согласию с курсом лечения (комплаентности).

В диалектико-поведенческой терапии (ДПТ) терапевтический альянс строится на активной вовлеченности терапевта в терапевтические отношения. В ДПТ роль терапевта характеризуется, с одной стороны, принятием внутреннего опыта пациента в данный момент, а с другой — подталкиванием пациента к смене дезадаптивных поведенческих схем. Терапевт ДПТ регулярно справляется о суицидальных побуждениях и действиях пациента. Привязанность пациента к терапевту рассматривается как привязанность к жизни в более широком смысле. Отношения с ДПТ терапевтом — это возможность «научиться лучше строить отношения». Более того, терапевтические отношения характеризуют главную диалектику ДПТ (то есть постоянное выражение принятия пациента терапевтом) и рассматриваются как мощный двигатель изменений.

Стратегии валидации (признания опыта пациента) необходимы для снижения эмоционального возбуждения, когда пациент оказывается в состоянии высокого стресса. Поскольку эмоциональное возбуждение мешает когнитивному осмыслению и деятельности в целом, пациенту необходимо обрести эмоциональную стабильность, чтобы осмыслить новую информацию и сделать сотрудничество максимально эффективным.

В подходе CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality), коллаборативной оценке и управлении суицидальностью альянс достигается через вовлеченность суицидального пациента в качестве активного участника оценивания своего суицидального риска и его сотрудничество как соавтора в антисуицидальном плане лечения. Взгляд пациента — абсолютный золотой стандарт оценки его суицидального риска. Фокус терапии, в первую очередь, направлен на душевную боль и страдание пациента. Терапевт служит консультантом, тренером, соавтором в плане лечения.

ПРОБЛЕМА КОНТРПЕРЕНОСА

Немало суицидентов совершает самоубийство во время психотерапии, эти случаи систематически изучались для выяснения причин подобного совпадения. Так, Уит (Wheat, 1960) провел ретроспективное исследование терапевтического взаимодействия с 30 пациентами, совершившими самоубийства в ходе стационарного лечения или вскоре после выписки. В попытке объяснить их причины он выделил три фактора, возможно, сыгравших свою роль:

1) отказ мириться с инфантильной зависимостью пациента, при котором терапевт сообщал последнему о своих ожиданиях, связанных с его зрелым поведением, на которое тот оказался неспособен;

2) сообщение о негативной оценке результатов лечения;

3) чрезвычайно важное событие или кризисная ситуация у пациента, не распознанная психотерапевтом или выходящая за рамки терапевтической ситуации, например, отказ членов семьи навещать пациента в больнице, несмотря на его просьбы.

«Эти процессы, — пишет Уит, — приводят к нарушению терапевтического взаимодействия, пациент чувствует себя покинутым или беспомощным и, таким образом, готовится сцена для плачевного исхода — самоубийства». В обзоре, посвященном суицидам, совершенным в психиатрической клинике, Блум (Bloom, 1967) выделяет следующие усугубляющие факторы самоубийства: отвержение со стороны терапевта, включающее вербальные или мимические проявления гнева, его недостаточная доступность, преждевременная выписка пациента и уменьшение частоты терапевтических сеансов.

Лоуэнтал (Lowenthal, 1975) обращает внимание на недостаточность эмпатии у психотерапевтов, занимающихся лечением суицидентов. Он приводит ряд обуславливающих ее факторов: чем сильнее отношения близости с пациентом, тем интенсивнее возможная вина; угроза самоубийства порождает у терапевта стыд, поскольку ставит под сомнение его компетентность и, наконец, самый важный — неспособность терапевта справиться с суицидальными импульсами у себя или пациента в качестве возможной рациональной альтернативы жизненных дилемм. Он имеет в виду, что только терапевт, серьезно размышлявший о самоубийстве, может испытывать эмпатию к суициденту. Однако он не приводит никаких данных в подтверждение этого вывода, довольствуясь похвалой эмпатии к суицидентам в книге Альвареса «Свирепый Бог» (Alvares, 1972). Лоуэнтал полагает, что эмпатия автора обусловлена тем, что тот однажды совершил серьезную суицидальную попытку.

Личная причастность к определенной проблеме действительно может помочь в лечении других, если терапевт разрешил ее удовлетворительным образом, но она совершенно не гарантирует большей осознанности или эмпатии. «Мне довелось повидать многих суицидентов, включая психотерапевтов, совершавших попытки самоубийства, для которых эти действия не стали откровением в отношении себя и не привели к лучшему пониманию своего или чужого стремления к самоубийству». Исследования клинических случаев, проведенные в центрах превенции суицидов, позволяют предположить, что оптимальную помощь суицидентам оказывают не те консультанты, которые пережили депрессию или суицидальные тенденции, а те, которые в большей степени удовлетворены жизнью и счастливы.

Впечатляет тот факт, что авторы большинства статей о самоубийстве, включая Лоуэнтала, предпочитают иметь дело с абстракциями, а не с конкретными людьми. Обычно в этих работах не приводится ни одного описания суицидального индивида, особенностей его жизни и причин желания умереть. Они разительно отличаются от статей, посвященных любой другой клинической проблеме. Само по себе отсутствие этих описаний свидетельствует о дистантности и недостатке эмпатии, на которые жалуется Лоуэнтал.

Молтсбергер и Бьюи (Maltzberger, Buie, 1974) в замечательной статье, посвященной психотерапии суицидентов, пишут о различных вредоносных реакциях контрпереноса у терапевтов, работающих с суицидентами, особенно страдающими пограничным расстройством личности и психозами. Нередко своими примитивными нападками на терапевта, начиная со стремления фрустрировать его терапевтические усилия и заканчивая выражением личного презрения, им удается вызывать у него «контртрансферентную ненависть». Молтсбергер и Бьюи отмечают, что их вытеснение терапевтом может выражаться в утрате интереса к пациенту или его отвержении как безнадежного. Проекция ненависти при контрпереносе по формуле «Я не желаю убить тебя. Ты хочешь убить себя сам», напротив, вызывает у терапевта парализующую озабоченность из-за угрожающего самоубийства пациента. Реактивное образование в отношении этих контртрансферентных чувств ведет к появлению чрезмерного сочувствия, преувеличенного страха самоубийства, фантазий спасения и гиперопеки пациента.

Лессе (Lesse, 1974) отмечает, что опыт и компетентность, а также осознанность действий терапевта при лечении суицидентов являются неизменным условием сведения к минимуму риска самоубийства. Он подчеркивает необходимость квалифицированной супервизии при лечении суицидентов практикантами с малым клиническим опытом. В большинстве случаев проблема состоит в неспособности терапевта осознать происходящее во время взаимодействия с пациентом, а не в отсутствии заботы о нем. В психотерапии основная трудность часто возникает в связи с верой терапевта, что обычным предоставлением заботы и доброго отношения, отсутствовавшего в жизни пациента, то есть принятием, ему каким-то образом удастся вернуть последнему желание жить. Однако в скрытые намерения пациента часто входят попытки доказать, что для его спасения усилий терапевта будет недостаточно. Желание терапевта видеть себя спасителем может заслонить от него реальность, в которой пациент предназначает ему роль палача (Lesse, 1974).

Успешное лечение суицидента невозможно без учета того, каким образом потенциальная смерть решает вопросы его адаптации. Эти знания могут существенно снизить риск самоубийства, но для психотерапии необходимо, чтобы терапевт шел на определенный риск и жил с ним. Как отмечают Шварц, Флинн и Слоусон, (Schwartz, Flinn, Slawson, 1974) «единственный способ снижения долговременного риска самоубийства состоит в готовности идти на определенный кратковременный риск».

Из вышеназванного следует, что суициденты часто используют угрозу самоубийства как средство контроля за поведением других людей. Это касается тех, кто в конечном счете сводит счеты с жизнью, и оставшихся в живых. Многие терапевты, как замечает Сас (Szasz, 1971), реагируют на потребность пациентов в контроле и для снижения риска самоубийства принудительно госпитализируют их. При этом важно отметить, что успешная психотерапия в стенах больницы или вне ее не может осуществляться «полицейским», где синонимом терапии выступает понятие наблюдения.

Для пациентов с серьезными суицидальными тенденциями психотерапия, проводимая опытным терапевтом, является средством выбора в ситуации суицидального кризиса. При необходимости процесс психотерапии следует дополнять лекарственными препаратами, снижающими выраженность тяжелой депрессии или парализующей тревоги. Подобные пациенты отличаются чрезмерной подавленностью, замкнутостью или хрупкостью и могут не вынести тревоги, порождаемой терапевтическим процессом. Тем не менее большинство суицидентов обладают способностью к психодинамической работе в рамках психотерапии, и эту возможность им следует предоставлять.

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ СУИЦИДЕНТУ

Следует отметить, что за последние два десятилетия большинство усилий по разработке психосоциальных вмешательств, направленных на борьбу с самоубийствами, перешли от взгляда на то, что лечение основного психического расстройства устранит суицидальные побуждения и мысли, к перспективе, что специфичные для самоубийства методы лечения необходимы в дополнение к вмешательствам при первичных психиатрических расстройствах. Разработаны краткосрочные подходы к профилактике самоубийств с ограниченным или отсутствующим вмешательством со стороны медицинских работников. Долгосрочные психосоциальные вмешательства в целом, независимо от типа, показали снижение попыток самоубийства.

Метаанализ показывает, что у взрослых и подростковых пациентов (госпитализированных или нет, имеющих различные признаки, такие как пограничное расстройство личности, депрессия, расстройства шизофренического спектра, а также у пациентов с анамнезом суицидальных мыслей или поведения или без него) психосоциальные вмешательства были связаны со значительно меньшим количеством попыток самоубийства во время последующего наблюдения по сравнению с теми, кто получал лечение как обычно. Кроме того, анализы чувствительности показали, что психосоциальные вмешательства эффективны в амбулаторных условиях среди лиц с пограничным расстройством личности, независимо от суицидального анамнеза. Благоприятный эффект психосоциальных вмешательств, продемонстрированный в этом метаанализе, согласуется с масштабным исследованием, в котором было обнаружено, что те, кто получил психосоциальное вмешательство после самоповреждения, имели меньшую вероятность умереть от самоубийства при долгосрочном наблюдении. Из всех долгосрочных психосоциальных вмешательств когнитивная терапия и когнитивно-поведенческая терапия получили наибольшее внимание исследователей и показали свою эффективность.

Когнитивная терапия. Базируется на предположении, что в основе психологических проблем и психических расстройств человека лежат ошибки мышления, направленные на изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека, а также дисфункциональных стереотипов его

мышления и восприятия. В ходе когнитивной психотерапии пациент учится решать проблемы и находить выход из ситуаций, прежде казавшихся ему непреодолимыми, при этом он переосмысливает и корректирует свое мышление.

Когнитивно-поведенческая терапия. Когнитивный подход исходит из предположения, что психологические проблемы и нервно-психические расстройства вызваны нелогичными или нецелесообразными мыслями и убеждениями человека, а также дисфункциональными стереотипами его мышления, изменив которые можно изменить эмоции и поведение и таким образом решить проблемы. Поведенческий подход, основанный на теории бихевиоризма, предполагает изменение поведения человека путем поощрения и подкрепления желаемых форм поведения и отсутствия подкрепления нежелательных форм, а вследствие изменения поведения — изменение эмоций и стереотипов мышления.

Техники, применяемые в когнитивной и когнитивно-поведенческой терапии, условно делят на 4 группы, каждая из которых решает определенные задачи:

- 1 группа — отследить деструктивные когниции и осознать их:
 - ведение личного дневника, в котором в течение дня фиксируются мысли, поступки;
 - рассмотреть свои мысли с позиции стороннего наблюдателя.
- 2 группа — оспорить иррациональные мысли:
 - привести аргументы за и против;
 - взвесить плюсы и минусы;
 - провести эксперимент: испытать на собственном опыте, как реагируют окружающие на конкретную эмоцию;
 - вернуться в прошлое, чтобы расспросить вымышленного свидетеля событий;
 - поменяться ролями с психотерапевтом и убедить его в том, что его мысли иррациональны.
- 3 группа — активизировать воображение:
 - многократное повторение позитивных установок постепенно меняет образ мышления, делая его более продуктивным;
 - использование метафор, высказываний, притч, цитат включает образное мышление, объяснение становится более понятным;
 - модифицирование образа, смена негативного восприятия на нейтральное, а затем на позитивное.
- 4 группа — свести к минимуму сопротивление:
 - многократное испытание на себе позитивных инструкций;
 - обнаружение скрытых мотивов непродуктивного поведения.

Установлено, что данные методы, нацеленные на суицидальные мысли и поведение у взрослых с высоким риском суицида, могут снизить частоту самоповреждения через 6 мес. (OR 0,54, 95 % ДИ 0,34–0,85) и 12 мес. (OR 0,80, 95 % ДИ 0,65–0,98).

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИКИ КОГНИТИВНОЙ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Основными техниками когнитивной и когнитивно-поведенческой терапии являются:

1. *Запись мыслей.* Фиксирование мыслей в письменном виде позволяет проверить обоснованность своих представлений. Это отличный способ оценки свидетельств, доказательств и выявления «за» и «против» определенной модели мышления. Является ли это истиной или ложью с учетом ситуации? Запись мыслей помогает клиенту сформировать более сбалансированную модель мышления, основанную на логике «что есть на самом деле» как противоположность тому, «что кажется (или ощущается)». Активация моделей поведения (или внесение в расписание приятных занятий). Эта стратегия очень проста, и в то же время она дает мощный эффект. Людям, переживающим неприятности и невзгоды, в первую очередь, стоит обратиться к занятиям, которые доставляют им удовольствие. Целенаправленное и преднамеренное участие в приятных активностях умиряет негативные модели мышления и дарует человеку позитивные эмоции, улучшая его самочувствие и общее состояние. Для пациентов с депрессией эта техника особенно полезна.

2. *Иерархия воздействия ситуации.* Терапевт просит клиента составить список ситуаций, вызывающих страх. Затем клиент ранжирует их, оценивая каждую по шкале от 0 до 10 в зависимости от силы расстройства и душевных страданий, причиняемых каждой ситуацией. Например, клиент, который боится собак, может поставить 0 возле ситуации «я не вижу во дворе собаку» и 10 возле пункта «собака лижет мою руку». Затем терапевт помогает клиенту проработать каждую ситуацию из списка, начиная с наименее расстраивающей. Это отличный способ постепенного усиления воздействия с последующим снижением уровня расстройства и душевных страданий.

3. *Ведение дневника.* Это замечательный способ сбора информации о мыслях и чувствах. Дневник создает пространство для выявления, описания и оценки различных настроений и реакций, мыслей и сценариев. Их «распаковка» и исследование может привести к пониманию и критическому осмыслению происходящих событий.

4. *«Диалог с самим собой».* Упражнение выполняется в тихом уединенном месте, где ничто и никто не отвлечет от процесса. Нужно принять удобную позу, закрыть глаза и представить свое отражение в зеркале. Внимательно посмотреть на себя и подумать, отражается ли на вашем лице, осанке дискомфорт, который вы испытываете? Внимание должно быть сконцентрировано на физических ощущениях — это позволит определить, где скрыт источник дискомфорта. Потом нужно мысленно обратиться к своему отражению и сказать ему то, что поможет успокоиться, забыть о навязчивых мыслях, поднимет настроение и вернет самоуважение. Если вы смогли убедить своего зазеркального собеседника, неприятные ощущения, эмоциональ-

ное напряжение постепенно испарятся. Если этого не произошло, стоит повторить упражнение.

5. Техника «Проблема РЕШЕНА». Эта техника вооружает клиента эффективной стратегией решения проблем. Есть много вариантов этого подхода под разными названиями, но все они имеют одну основу — четкую структуру. Эту стратегию может освоить каждый для разрешения возникающих жизненных проблем. Акроним РЕШЕНА легко запоминается, и в нем четко обозначены все шаги, которые нужно сделать для решения проблемы:

– Р — рациональный выбор проблемы, которую мы хотим решить в данный момент;

– Е — естественное расширение восприятия для возможных решений: на этом этапе необходимо устроить «мозговой штурм», рассматривая все потенциальные решения вместе с клиентом;

– Ш — шансы на успех — выявление «за» и «против» каждого варианта;

– Е — единственный приемлемый вариант — какой из потенциальных вариантов является желательным или применимым на практике?

– Н — начало реализации плана;

– А — анализ эффективности плана.

Неотъемлемой и очень важной частью когнитивно-поведенческой терапии является выполнение домашних заданий. Эти задания помогают клиенту закрепить новые навыки и умения и интегрировать в свою жизнь понятия и принципы, освоенные на сеансе. Кроме того, домашняя работа способствует соблюдению плана терапии, повышает степень восприимчивости и ускоряет облегчение симптомов.

6. Ролевая игра. Эта техника является важной и значимой частью когнитивно-поведенческой терапии. Она может использоваться для выявления автоматических моделей мышления, практической отработки новых реакций и корректировки ключевых убеждений. Ролевая игра также может быть очень полезна в процессе освоения социальных навыков и умений, таких как социальная компетентность, убедительность, повышение самооценки.

7. Техника «Список заслуг». Эта простая техника может дать мощный эффект. Людям, которые обращаются за терапией, часто недостает уверенности в своей способности измениться, и они далеко не сразу замечают результаты. Зачастую они не видят позитивных шагов, которые они уже совершили. Список заслуг — это просто-напросто лист бумаги, на котором клиент ежедневно фиксирует позитивные моменты, заслуживающие одобрения.

8. Завершение сценария. Эта техника представляет собой своеобразный мысленный эксперимент. Терапевт просит клиента представить себе наихудший сценарий, а потом дать ему волю — пусть он развивается сам собой вплоть до завершения. Мысленно пережив тревожащий сценарий до конца, клиент видит, что жизнь налаживается даже после реализации самых пугающих вариантов, что может помочь ему преодолеть фрустрирующую ситуацию. Следует отметить, что в случае оказания психотерапевтической помощи суициденту данную технику следует использовать с осторожностью

и не во всех ситуациях. Она более применима в тех ситуациях, когда человек столкнулся с фрустрирующей ситуацией, из которой в данный момент, «здесь и сейчас не видит выхода», а не в отношении ситуации возможного суицида, что может спровоцировать в дальнейшем суицидальное действие.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Предотвращение самоубийств. Глобальный императив / Всемир. орг. здравоохранения. Европ. регион. бюро // World Health Organization. – Geneva, 2014. – 102 p. – URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152893/Suicide%20report%](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152893/Suicide%20report%20report) (дата обращения: 11.11.2022).*
2. *Естественное движение населения по Республике Беларусь за 2019 год : стат. бюл. / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск, 2020. – 53 с. – URL: <https://www.belstat.gov.by/upload/iblock/33c/33c0a6840b614b5885f5039f9a1f40cf.pdf> (дата обращения: 30.11.2022).*
3. *Mann, J. J. Neurobiology of suicidal behavior / J. J. Mann // Nat. Rev. Neurosci. – 2003. – Vol. 4, № 10. – P. 819–828.*
4. *Suicide: an unnecessary death / ed. D. Wasserman. – London, Informa Healthcare, 2001. – 160 p.*
5. *Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.*
6. *Conwell, Y. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study / Y. Conwell // American Journal of Psychiatry. – 1996. – Vol. 153. – P. 1001–1008.*
7. *Harris, E. C. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis / E. C. Harris, B. Barraclough // British Journal of Psychiatry. – 1997. – Vol. 170, № 3. – P. 205–228.*
8. *Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys / G. Borges [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 2010. – Vol. 71, № 12. – P. 1617–1628.*
9. *Suicide and mental disorders: do we know enough? / J. M. Bertolote [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 183. – P. 382–383.*
10. *De Leo, D. Why are we not getting any closer to preventing suicide? / D. De Leo // British Journal of Psychiatry. – 2002. – Vol. 181. – P. 372–374.*
11. *Miniz, R. Psychotherapy of the suicidal patient / R. Miniz // Am. J. Psychother. – 1961. – № 15. – P. 348.*
12. *Miniz, R. Some practical procedures in the management of suicidal persons / R. Miniz // Am. J. Orthopsychiatry. – 1966. – № 36. – P. 896.*
13. *Shein, H. Psychotherapy of the hospitalized suicidal patient / H. Shein // Am. J. Psychother. – 1968. – № 22. – P. 75.*
14. *Shein, H. Psychotherapy designed to detect and treat suicidal potential / H. Shein // Am. J. Psychiatry. – 1969. – № 125. – P. 141.*
15. *Shein, H. Monitoring and treatment of suicidal potential within the context of psychotherapy / H. Shein, A. Stone // Corp. Psychiatry. – 1969. – № 10. – P. 59.*
16. *Wheat, W. Motivational Aspects of suicide in patients during and after psychiatric treatment / W. Wheat // South. Med. J. – 1960. – № 53. – P. 273.*
17. *Rudd, M. D. Treating suicidal behavior: an effective, time-limited approach / M. D. Rudd, T. Joiner, M. H. Rajab. – New York : Guilford Press, 2001.*

18. *Schechter, M.* Validation, empathy, and genuine relatedness, in building a therapeutic alliance with the suicidal patient / M. Schechter, M. K. Goldblatt ; ed. by K. Michel, D. A. Jobes // American Psychological Association, APA Books : Washington, DC, 2011. – P. 93–107.
19. *Cognitive therapy of depression* / A. T. Beck [et al.]. – New York : Guilford, 1979.
20. *Rudd, M. D.* In Building a therapeutic alliance with the suicidal patient / M. D. Rudd, G. K. Brown ; ed. by K. Michel, D. A. Jobes // American Psychological Association, APA Books : Washington, DC, 2010.
21. *Linehan, M. M.* Skills training manual for treating borderline personality disorder / M. M. Linehan. – New York : Guilford Press, 1993.
22. *Rizvi, S.* The therapeutic relationship in dialectical behaviour therapy, in building a therapeutic alliance with the suicidal patient / S. Rizvi ; ed. by K. Michel, D. A. Jobes // American Psychological Association, APA Books : Washington, DC, 2011. – P. 255–271.
23. *Linehan, M. M.* Validation and psychotherapy, in empathy reconsideration: new directions in psychotherapy / M. M. Linehan ; ed. by A. C. Bohart, L. Greenberg // American Psychological Association : Washington, DC, 1997. – P. 353–392.
24. *Jobes, D. A.* Suicidal patients, the therapeutic alliance, and the collaborative assessment and management of suicidality, in building a therapeutic alliance with the suicidal patient / D. A. Jobes ; ed. by K. Michel, D. A. Jobes // American Psychological Association, APA Books : Washington, DC, 2011. – P. 205–229.
25. *Bloom, V.* An analysis of suicide at a training center / V. Bloom // Am. J. Psychiatry. – 1967. – № 123. – P. 918.
26. *Lowenthal, U.* Suicide-the other side: the factor of reality among suicidal motivations / U. Lowenthal // Arch. Gen. Psychiatry. – 1975. – № 33. – P. 308.
27. *Alvarez, A.* The savage god: a study of suicide / A. Alvarez. – London : Weidenfeld, Nicholson, 1972.
28. *Maltzberger, J.* Countertransference hate in the treatment of suicidal patients / J. Maltzberger, D. Buie // Arch. Gen. Psychiatry. – 1974. – № 30. – P. 625.
29. *Lesse, S.* The range of therapies in the treatment of severely depressed suicidal patients / S. Lesse // Am. J. Psychother. – 1975. – № 29. – P. 308.
30. *Szasz, T.* The ethics of suicide / T. Szasz // Antioch Review. – 1971. – № 31. – P. 7.
31. *Schwartz, D.* Treatment of the Suicidal Character / D. Schwartz, D. Flinn, P. Slawson // Am. J. Psychother. – 1974. – № 28. – P. 194.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Теоретические предпосылки диагностики суицидального поведения.....	4
Мотивы суицидального поведения.....	5
Особенности проведения клинического интервью.....	7
Оценка суицидального риска	9
Этапы кризисного вмешательства в ситуации суицидального кризиса.....	10
Особенности оказания психотерапевтической помощи.....	12
Тревоги психотерапевта	15
Терапевтический альянс с пациентом.....	17
Проблема контрпереноса.....	18
Методы психотерапии, используемые при оказании помощи суициденту	21
Основные техники когнитивной и когнитивно-поведенческой терапии	23
Список использованной литературы.....	25

Учебное издание

Давидовский Сергей Владимирович
Тарасевич Елена Владимировна
Терещук Елена Ивановна и др.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИЦ,
НАХОДЯЩИХСЯ В СИТУАЦИИ
СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСА**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Копытов
Корректор Н. С. Кудрявцева
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 02.07.2025. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,68. Тираж 100 экз. Заказ 494.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.