



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И
НАРКОЛОГИИ

**ОКАЗАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ С ПОВЫШЕННЫМ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ И
СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ**

методические рекомендации

Алматы, 2011

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

Утверждены и рекомендованы к печати
ТОО «Республиканским центром
инновационных технологий
медицинского образования и
науки»
Протокол №6 от 31 мая 2011 г.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ С ПОВЫШЕННЫМ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ И
СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Методические рекомендации

050022, Алматы, ул. Амангельды 68
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ»

050022, г. Алматы, ул. Амангельды, 68
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ»

Алматы ,
2011

Толстикова А.Ю., Абетова А.А., Дуплякин Е.Б., Еркинбекова Б.К. Оказание психотерапевтической помощи при кризисных ситуациях и суицидальном поведении. Методические рекомендации. - Алматы, 2011 - 55 с.

Методические рекомендации составлены сотрудниками научного отдела клинической психиатрии и психотерапии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии: канд.мед.наук, зав. отд. Толстиковой А.Ю., канд.мед.наук, старшим научным сотрудником Абетовой А.А., младшим научным сотрудником Дуплякиным Е.Б., канд.бiol.наук, старшим научным сотрудником Еркинбековой Б.К.

Рецензенты:

1. Кудыкова Г.М. - доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова.
2. Базарбасова Л.Е. - кандидат медицинских наук, руководитель научного отдела Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК.

Методические рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК и рекомендованы к печати (председатель: д.м.н., профессор Айттыбеков С.А., протокол № 3 от 11.03.2011 г.

Аннотация

В методических рекомендациях представлены особенности кризисных ситуаций и суицидального поведения. Приведены подробные рекомендации по оказанию первичной психологической помощи суициденту и профилактика аутоагрессивного поведения.

Методические рекомендации содержат подробное описание методов оказания психотерапевтической помощи при кризисных состояниях и суицидантам, и существенно обогащают царенал возможностей психотерапевта и психологов. Технологии психотерапии и психокоррекции, представленные в методических рекомендациях, позволяют в короткие сроки достигать значительных результатов в лечении и профилактике суицидальных тенденций при аддиктивных и невротических расстройствах.

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для специалистов, занятых в сфере психотерапии и психокоррекции, врачей-психиатров и наркологов.

ВВЕДЕНИЕ

Самоубийство, суицид, суицидальное поведение (от лат. *Sui* — себя, *caedere* — убивать) — намеренное лишение себя жизни. В русском языке словом "самоубийство" обозначается индивидуальное и относительно массовое, статистически устойчивое явление. Классическое определение суицида дал Э. Дюркгейм. По его трактовке самоубийством называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах. Суицидальное поведение включает завершенное самоубийство, суицидальные попытки (покушения на свою жизнь) и намерения (идеи) [13].

Самоубийство — сложный многогранный феномен, аккумулирующий проблемы философские (утрата смысла жизни) и психологические (психологическая дезадаптация, фрустрация), социальные (социальная неустроенность, неудовлетворенность, потеря статуса, престижа и т. п.) и нравственные, правовые и медицинские (тяжелая болезнь, психическое расстройство). Вопрос о том, что считать самоубийством, на первый взгляд вполне очевиден: намеренное лишение себя жизни. Тем не менее при анализе данного специального отклонения выясняется, что не так все очевидно. Дело в том, что самоубийство часто граничит с несчастным случаем или убийством. Все эти три вида лишения человека жизни имеют сходные признаки и являются насилиственной смертью. К самоубийству нельзя отнести причинение себе смерти в состоянии невменяемости. Не является самоубийством причинение себе смерти по неосторожности.

Самоубийства свидетельствуют о настороженности в обществе, в межличностных отношениях проблем, которые человек не может или не считает необходимым разрешить обычным, общепринятым путем, о переживаниях, связанных с личным горем, разочарованиями и пессимизмом. Покушение на самоубийство нередко влечет за собой длительную болезнь, а иногда и инвалидность.

Неуклонный рост случаев самоубийств, как и попыток к их совершению, наблюдаемый в большинстве стран мира, ставит данную проблему на одно из ведущих мест в современной науке. Проблема суицидов в разные возрастные периоды находится в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей, тем более, что значительно увеличилось число суицидальных действий среди лиц молодого возраста.

Цель методических рекомендаций: Сформировать основные представления о связи суицидального поведения с различными факторами, обзор существующих подходов к психотерапии аутоагрессивного поведения, и описание оказания психотерапевтической помощи лицам с повышенным суицидальным риском и совершившим суицидальные попытки.

I. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1. Связь суицида с различными факторами

1.1 Заболеваемость и распространенность суицидального поведения

Каждую минуту в мире предпринимается суицидальная попытка, 60–70 случаев в день она заканчивается смертельно. Различие в частоте суицидов по всему миру достигает 153 раза и колеблется от 0,1 на 100 тыс. населения. Низкое число суицидов (ниже 10 на 100 тыс. населения) отмечается на Мальте, в Египте, Мексике, Греции, Испании, Италии, Ирландии и Нидерландах. Очень высокое (более 25 на 100 тыс. населения) — в Австрии, Скандинавии, Финляндии, Швейцарии, Германии, странах Восточной Европы, некоторых странах СНГ и Японии. По данным ВОЗ уровень самоубийств более 20,0 на 100 тысяч населения является критическим.

1.2 Возрастные особенности суицидального поведения

Суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко.

У юношеских школьников уже наблюдается суицидальная активность. Суицидальное поведение у детей очень редко связано с серьезными психическими заболеваниями и реактивной депрессией. В подавляющем большинстве случаев речь идет о ситуационных реакциях, чаще реакциях протеста. В 80% случаев их источником являются внутрисемейные конфликты. Чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет [26]. На одного подростка с завершенным суицидом приходится 100 суицидальных попыток.

Второй пик суицидальной активности приходится на возраст зрелости (40–60 лет). Помимо психологических проблем, для этого возраста характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией — самым частым психическим расстройством этого периода. Кроме того, именно в этот период взрослые люди покидают родительский дом, в родители болеют и умирают. Часты также проблемы в профессиональной карьере. По статистическим данным частота суицидов в этот период увеличивается, по сравнению с 30-летними в 2 раза. Причем, значительно преобладают суициды у мужчин.

Третий пик суицидального риска — пожилые люди, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в популяции. Последние годы в Украине (как впрочем и в других странах) отмечены стремительным ростом суицидов именно в этой группе лиц. По данным американских исследователей на долю лиц, старше 65 лет (составляющих около 11% населения) приходится 25% всех самоубийств. Показательно, что 76% пожилых мужчин обращались к врачу за месяц, 33% — за неделю, а 10% — за день до совершения суицида.

1.3 Суицидальное поведение в зависимости от половой принадлежности

Частота суицидов среди мужчин во всем мире значительно выше, чем среди женщин, соотношение мужчин и женщин при завершенных суицидах составляет 4:1. Среди пожилых частота мужских суицидов прогрессивно возрастает и составляет 6–9:1. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток. Женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин (в возрасте 15–40 лет). Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины. Консультант по суицидологии Мари Миллер так объясняет этот феномен: "Женские самоубийства являются прежде всего феноменом молодости, частота мужских суицидов возрастает с каждым десятилетием".

1.4 Суицидальное поведение в зависимости от профессии

Чаще всего суициды совершают лица с высшим образованием. Самый высокий суицидальный риск у врачей, среди которых первое место занимают психиатры, за ними следуют офтальмологи, анестезиологи и стоматологи. В группу риска входят также музыканты, юристы, высшие офицерские чины и страховые агенты (Г.И. Капитан, Б.Дж. Седак, 1994). Известный Киевский психиатр И.А. Сикорский (1910), анализируя причины суицидального поведения у психиатров, связал их со специфическими условиями работы, прежде всего нравственными перегрузками и противодействием со стороны государства по отношению к проводимой ими работе [7]. Описаны специфические состояния, характерные для медицинских работников, психиатрических учреждений: "отравление людьми" (Н.Харди, 1977) и "синдром истощения или горения" (J.A.Diez et al., 1996; C.R. Neffeta et al., 1996). Синдром истощения или горения характеризуется эмоциональным истощением, уменьшением или утратой эмпатии, чувства собственной само достаточности или снижением самооценки.

1.5 Личностные факторы суицидального риска

Проморбидные особенности личности, как один из факторов риска аутоаггрессивного поведения изучены достаточно глубоко как психиатрами, так и психологами и психотерапевтами. Выявлен ряд предрасполагающих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся следующие [25]:

повышенная напряженность, потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность в формировании психологических защитных механизмов, неумение ослабить фрустрацию.

импульсивность, экзогенность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушиаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта

надличные чувства вины и низкой самооценки

гиперактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентаций.

В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера.

Многочисленные исследования особенностей саморазрушающего поведения при различных типах акцентуации характера у подростков позволили выделить группу риска [20].

Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера: Циклонический тип, Эмоционально-лабильный тип, Эпилептоидный тип, Истероидный тип.

1.6 Способы самоубийства

Распространенные или известные из истории способы самоубийства:

Попадение; Удушение; Утопление; Отравление; Прыжок и падение; Самоубийство при помощи огнестрельного оружия; Самоубийство путем подрыва; Самосожжение; Самоубийство путем доведения себя до физического истощения (голодом или жаждой); Самоубийство при помощи холодного оружия (Сапку или хакири, надрезание на меч, вскрытие вен); Использование токсических средств (Прыжок под поезд, под машину и т.д.); Использование электричества; Отключение больным аппаратуры поддержания жизни (passivная эвтаназия); «Полицейское самоубийство» (en:Cop suicide - нападение на сотрудника правоохранительных органов, охранника, часового с целью спровоцировать его на применение оружия).

Иногда встречается комбинирование нескольких способов с целью повышения вероятности наступления смерти.

2. САМОУБИЙСТВО И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Исследования самоубийств, совершаемых как в развивающихся, так и в развитых странах, позволяли выявить два ясных фактора. Во-первых, большинство людей, совершающих самоубийство, страдают теми или иными психическими расстройствами. Во-вторых, среди пациентов психиатрических клиник самоубийство встречается чаще, чем в общей популяции.

Ниже перечислены (в убывающем порядке) психические расстройства, при которых повышается риск самоубийства:

2.1. Депрессия (все формы)

Депрессия является наиболее распространенным диагнозом у лиц, совершивших самоубийство. Следует отметить, что ухудшение настроения бывает у всех. Любой человек временами испытывает подавленность, грусть и растерянность, чувствует себя одиноким и заброшенным, но обычно эти чувства бывают переходящими. Если же подобные переживания делятся долго и нарушают обычный распорядок жизни человека, они перестают быть обычным унынием или хандрой и становятся первыми признаками заболеваний.

2.2. Личностные расстройства (антисоциальное и пограничное расстройство с признаками импульсивности, агрессии и с частыми сменами настроения).

2.3. Алкоголизм

Около трети всех самоубийств совершают лица, у которых имеется зависимость от алкоголя;

5-10% лиц, зависимых от алкоголя кончают жизнь самоубийством;

В момент совершения суициdalного акта многие находятся под воздействием алкоголя.

2.4. Наркомания

Наркомания и суициды тесно связаны между собой. Длительное употребление наркотиков и их влияние на организм, такие как и общий стиль жизни наркоманов в целом, в значительной мере направлены на саморазрушение, независимо от осознания ими этих намерений. Токсические эффекты наркотиков, также как и алкоголя, предрасполагают к широкому кругу болезней: чаще всего развиваются такие серьезные заболевания как гепатит и эндокардит. У подавляющего числа наркоманов они возникают из-за сочетанного приема таблеток и инъекционных наркотиков. Они страдают от общего стиля жизни, характеризующегося стихийностью и недостаточным питанием. Наркоманы с большой вероятностью заболевают такой фатальной болезнью как СПИД. Приблизительно 17 % из тех, кто рискует заболеть СПИДом, использует внутривенное введение наркотиков. Вирус СПИДа персистирует в крови и распространяется через иглы при использовании одного и того же шприца.

Многие наркоманы, как и другие потенциальные самоубийцы, молодые и пожилые, чувствуют себя нелюбимыми окружением и сами не любят никого. По словам психиатра Исидора Сэджера, "никто из тех, кто не оставил нацижу на любовь, не совершает самоубийства". Наркотики притупляют чувства и как бы держат семью, друзей и весь мир на расстоянии. Для некоторых людей есть только два выхода: употребить наркотики или совершить попытку самоубийства.

2.5. Шизофрения

Примерно 10% больных шизофренией кончают жизнь самоубийством. Это заболевание проявляется нарушениями речи, мышления, восприятия, личной гигиены и поведения; выражаясь кратко, у больных наблюдаются глубокие изменения в поведении и/или чувствах, нередко возникают странные мысли.

2.6. Органические психические расстройства

При органических психических расстройствах частными проявлениями являются аффективные нарушения, так же как и личностные и поведенческие нарушения, являющиеся преаппельсиками суициdalного поведения.

2.7. Другие психические расстройства

Эта группа является сборной, включает в себя не описанные выше психические расстройства и отличается сравнительной редкостью суицидов среди этих больных.

Хотя среди лиц, совершающих самоубийства, преобладают люди, страдающие психическими расстройствами, большинство из них, согласно статистике, не обращаются непосредственно к психиатру за помощью даже в развитых странах. Поэтому роль лиц, оказывавших первичную медицинскую помощь, является особенно важной.

3. САМОУБИЙСТВО И СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Некоторые физические заболевания повышают степень риска самоубийства.

3.1 Неврологические расстройства

Эпилепсия. Повышенная импульсивность, агрессивность и инвалидизация, часто наблюдающиеся при эпилепсии, вероятно, являются причинами суицидального поведения у таких больных. Употребление алкоголя и наркотиков усугубляют риск. Спинальные или черепно-мозговые травмы и пискуль. Чем тяжелее повреждение, тем выше риск самоубийства.

3.2 Злокачественные новообразования

Имеются свидетельства того, что смертельные заболевания (например, рак) увеличивают риск совершения самоубийства. Степень риска выше всего в следующих случаях: у мужчины вскоре после установления диагноза (в течение первых пяти лет) и когда пациент получает химиотерапию.

3.3 ВИЧ/СПИД

Социальная стигматизация, неблагоприятный прогноз и тяжелые проявления болезни повышают суицидальный риск у ВИЧ-инфицированных. Сразу после установления диагноза, до того, как человек получит психологическую помощь, риск совершения самоубийства особенно высок.

3.4 Другие хронические заболевания

Ниже перечисленные хронические болезни также повышают суицидальный риск: сахарный диабет; рассеянный склероз; хронические заболевания почек, печени и других органов желудочно-кишечного тракта; костно-суставные болезни, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом; сердечно-сосудистые и нейроциркуляторные заболевания; сексуальные расстройства; у лиц, испытывающих трудности в тольбе, страдающих снижением зрения и слуха; при хронических заболеваниях, сопровождающихся постоянным болевым синдромом.

4. ИММУННАЯ СИСТЕМА И СУИЦИД

Проведенный обзор современной литературы по проблеме нейробиологических основ суицидального поведения показывает, что в формировании суицидального поведения играет роль серотонинергическая и

моноаминергическая медиации, гипоталамо-гипофизарно-кортикоидная и иммунная системы. Сущна с данными позиций можно рассматривать как результат взаимодействия генетически обусловленных факторов и влияния среды, причем моноаминергическую медиацию и гипоталамо-гипофизарно-кортикоидную систему можно рассматривать как путь срочной реализации стрессового напряжения и связанного с ним возбуждения и беспокойства, серотонинергическую систему - как механизм контроля агрессивных импульсов и формирования депрессии, а иммунную систему - как «системный контекст», способный усиливать патохимический паттерн мозга, на фоне которого возникают собственно нейробиологические нарушения.

Нет сомнений в существовании биологического наследования суицида. Существует точка зрения, в соответствии с которой психиатрической основой суицида являются склонность к депрессии и потеря контроля над агрессивными импульсами (Wolk-Wassermann D., 1986). Безусловно, эти проявления определяются взаимодействием медиаторных систем (гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной, иммунной) и суицидального поведения (Mann J., Arango V., 1998; Traskman-Bendz L. et al., 1998).

Результатами проведенного нами исследования показано, что степень выраженности и распространенность иммунорегуляторных механизмов повреждения, опосредованных цитокинами при депрессивных расстройствах не зависит от половой принадлежности пациентов, их возраста, что, вероятно, связано с общими нейрофизиологическими и нейрогуморальными механизмами патогенеза заболеваний и общими закономерностями функционирования иммунной системы.

Таким образом, проведенные исследования цитокинового статуса при суицидальном поведении у больных психическими и поведенческими расстройствами и зависимых от психоактивных веществ показали направленность регуляторных процессов в сторону Т-хелперов 2 типа, специализированных - на выработку преимущественно противовоспалительных цитокинов.

5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА В СОСТОЯНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСА

Для психологического состояния пациента, находящегося в суицидальном кризисе, характерны, в первую очередь, три особенности:

1. Амбивалентность. Большинство людей испытывают смешанные чувства по отношению к совершению суицидального акта. В душе склонного к самоубийству человека постоянно происходит борьба между желанием жить и желанием умереть, причем верх одерживает то одно из них, то другое. Человеку одновременно и хочется избавиться от боли, которую он испытывает от жизни, и продолжать жить. Многие самоубийцы на самом деле не желают умереть - они просто глубоко несчастны и не удовлетворены своей жизнью. Если они получат своевременную поддержку, их стремление жить усиливается, а суицидальный риск снижается.

2. Импульсивность: Самоубийство передко бывает импульсивным актом. Как и любое другое внезапное побуждение, импульс в совершении суицида является преходящим и длится от нескольких минут до нескольких часов. Пусковым механизмом к его появлению служат негативные повседневные события. Помогая разрешить подобные кризисы и оттягивая время, медицинский работник может уменьшить желание совершить самоубийство.

3. Ригидность, отсутствие гибкости: Когда человек находится в суициальном кризисе, его мысли, чувства и действия весьма ограничены, "сужены". Он постоянно думает о совершении самоубийства и не способен увидеть какие-либо иные способы разрешения проблемы. Он мыслит по принципу "все или ничего".

Большинство лиц с суициальными тенденциями сообщают о своих мыслях и намерениях окружающим. Они часто подают определенные "сигналы", от них можно услышать высказывания о "желании умереть", о "чувстве своей бесполезности" и т.п. Все это - призывы о помощи, которые не следует игнорировать.

5.1 Оказание влияния суицидальному человеку

Зачастую, когда человек говорит, что он "устал от жизни" или "не видит в жизни никакого смысла", его слова либо не принимают всерьез, либо ему приводят примеры других людей, которым удалось успешно справиться с еще большими трудностями. Ни один из этих ответов не окажет на самом деле помощи суицильному человеку.

5.2 Выявление суицидального человека

Ниже приведены признаки в поведении или в истории жизни человека, на которые следует обращать внимание:

1. Замкнутость, неспособность строить отношения с семьей и с друзьями.
2. Психическое заболевание.
3. Алкоголизм.
4. Тревога или паника.
5. Личностные изменения, проявляющиеся в повышенной раздражительности, пессимизме, подавленности или апатии.
6. Изменения в режиме питания или сна.
7. Совершенная ранее суицидальная попытка.
8. Ненависть к себе, чувство вины, стыда или своей несостоятельности.
9. Недавняя серьезная утрата - смерть близкого человека, развод, разлука и т.п.
10. История самоубийств в семье.
11. Внезапное желание упорядочить дела, написать завещание и т.п.
12. Чувства одиночества, беспомощности, безнадежности.
13. Суицидальные записи.

14. Физическая болезнь.

15. Повторяющиеся разговоры о смерти и самоубийстве.

5.3 Оценка риска самоубийства

Если у сотрудников служб, оказывающих первичную медицинскую помощь, возникают подозрения относительно суицидального поведения, то следует обратить на это внимание и оценить следующие факторы:

- психическое состояние и присутствие мыслей о смерти и самоубийстве в момент исследования;

- наличие плана самоубийства - поскольку человек подготовлен, как скоро он собирается совершить суицидальный акт;

- наличие у человека системы социальной поддержки (семьи, друзей).

Лучший способ узнать о том, помышляет ли человек о самоубийстве - это задать ему прямой вопрос об этом. Факты не подтверждают расхожего мнения, что разговоры о самоубийстве могут носить мысли о нем в душе человека и спровоцировать его. Наоборот, люди бывают очень благородны и испытывают облегчение, когда им предоставляется возможность открыто обсудить темы и вопросы, на которые они боятся уже достаточно долго.

Как следует задавать вопросы?

Задать человеку вопрос о присутствии у него мыслей о самоубийстве бывает весьма велико. Лучше всего подходить к этой теме постепенно. Ниже приведен ряд полезных для этого промежуточных вопросов:

Выывает ли Вам грустно и тоскливо?

Появляется ли у Вас чувство, что никому до Вас нет дела?

Появляется ли у Вас чувство, что жить дальше не стоит?

Возникает ли у Вас желание совершить самоубийство?

Когда следует задавать вопросы?

Когда человек чувствует, что его понимают,

Когда чувство неловкости и скованности преодолено, и он (она) обсуждает свои переживания.

Когда он (она) рассказывает о негативных чувствах одиночества, беспомощности и т.п.

О чем именно следует спрашивать?

А) Чтобы выяснить, составил ли человек определенный план суицидальных действий:

Вы составили план того, как именно собираетесь совершить самоубийство?

Есть ли у Вас мысли о том, каким образом Вы собираетесь это сделать?

Б) Чтобы выяснить, имеются ли в распоряжении у человека орудия.

У Вас уже есть таблетки, пистолет, яд или другие средства?

Легко ли Вам будет достать орудия?

В) Чтобы выяснить, наметил ли человек определенное время.

Вы уже решили, когда именно Вы собираетесь покончить с собой?

Когда Вы планируете это сделать?

Все эти вопросы следует задавать с сочувствием, проявляя искреннее участие и заботу.

5.4 Поведение с суицидальным человеком

При наличии незначительного риска

У человека появляются суицидальные мысли, например, "Я так больше не могу", "лучше бы я умер", однако никаких определенных планов он не строит.

Необходимые действия

Предложить эмоциональную поддержку.

Проработать суицидальные чувства. Чем более открыто человек расскажет об утрате, одиночестве, чувстве своей никчемности, тем меньше станет накала его эмоций. Когда утихнет буря чувств, человек, скорее всего, перейдет к размышлению. Этот мыслительный процесс чрезвычайно важен, так как никто кроме самого индивидуума не сможет отменить его решение о самоубийстве и принять решение в пользу жизни.

Фокусировать внимание на позитивных, сильных сторонах человека, поощряя его к разговору о том, каким образом ему уддавалось разрешить возникшие ранее аналогичные или иные проблемы, не прибегая к самоубийству.

Направить человека к психиатру, опытному врачу общего профиля или психотерапевту.

Постараться встретиться с ним через определенное время и, по мере возможности, наладить постоянные контакты.

При наличии риска средней степени

У человека присутствуют суицидальные мысли и составлен план, однако он не собирается совершить самоубийство немедленно.

Необходимые действия

Предложить эмоциональную поддержку, проработать суицидальные чувства человека, сфокусировать внимание на его сильных сторонах. В дополнение к этому - предпринять описанные ниже шаги.

Воспользоваться амбивалентностью чувств. Следует концентрировать внимание на неоднозначности чувств и желания суицидального пациента, чтобы постепенно укрепить его желание жить.

Обсудить альтернативы самоубийства. Тот, кто оказывает помощь в данный момент, должен попытаться проанализировать различные альтернативные способы решения проблемы. Пусть нет идеальных решений, следует обсудить все варианты в надежде на то, что пациент остановится на одном из них.

Заключить контракт. Получите от человека обещание, что он (она) не станет совершать самоубийства А) без предварительного контакта с медицинским работником; В) в течение определенного периода времени.

Направить пациента к психиатру, врачу иного профиля или к психологу-консультанту, организовать его встречу со специалистом как можно скорее.

Связаться с семьей, друзьями и коллегами пациента, чтобы привлечь их к оказанию поддержки

При наличии высокого риска

У человека разработан план, он располагает средствами, необходимыми для его выполнения, и планирует сделать это немедленно.

Необходимые действия

Постоянно оставаться с человеком. Не оставлять его одного ни на минуту.

Осторожно, мягко поговорить с человеком и постараться забрать у него таблетки, нож, пистолет, иди т.д. (удалить орудия самоубийства).

Заключить контракт.

Немедленно связаться с психиатром или опытным врачом иного профиля, вызвать карету "скорой помощи" и организовать госпитализацию.

Информировать семью и привлечь ее членов к оказанию поддержки.

5.5 Направление к специалисту

В каких случаях следует направлять пациента к психиатру? Если у пациента имеет место:

психическое заболевание;

история предшествующей суицидальной попытки;

семейная история самоубийства, алкоголизма или психической болезни;

тяжелая физическая болезнь;

отсутствие социальной поддержки.

Каким образом следует направлять?

Медицинский работник, оказывающий первичную помощь, должен не считаться со временем, объяснить пациенту причину его направления к специалисту.

Организовать консультацию.

Объяснить пациенту, что направление его к психиатру не означает, что сам он не намерен более заниматься его проблемами.

Встретиться с человеком после консультации.

Поддерживать периодический контакт.

Таким образом, суицидальное поведение, принимавшее в последнее время все более угрожающие масштабы, — результат взаимодействия различных факторов и сил: экономических и социальных, культурных и экологических, демографических, психологических и проч. Имущественное расложение и социальное неравенство, бедность и безработица и политическое отчуждение широких слоев молодежи, распад семейных и групповых связей — таковы глубинные предпосылки формирования мысли о самоубийстве.

6. СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В суицидологии различают три уровня превенции суицидального поведения: первичный, включающий превенцию в семье, в школе и обществе; вторичный – лечебную, кризисную интервенцию в пре- и ранний постсуицидальный период; третичный или постнекрозию, который состоит в помощи выжившим, членам семей и друзьям умерших суицидентов, преодолении «стигматизации» нарасуицидентов. (Гроулман, 2001; Амбрумова, 1983; Лукас, Мейден, 2000) [12]. Поттер с соавт. считают, что государственная общественная программа профилактики суицида и АП должна включать 8 пунктов:

- 1) школьные обергающие обучающие программы, в соответствии которым персонал учится выявлять учеников с повышенным суицидальным риском, а также осуществлять кризисное вмешательство в случае суицидальных смертей;
- 2) общественные обергающие обучающие программы, по которым клерки, полицейские и другие общественные служащие получают навыки распознания лиц с суицидальным риском;
- 3) «общее антисуицидальное образование», которое обеспечивает суицидологические знания у населения;
- 4) «кризисные программы», в соответствии с которыми превентивные антисуицидальные меры назначаются в административном порядке служащим с высоким суицидальным риском;
- 5) «программы поддержки», которые осуществляются школами и общественными организациями для прояснения и осознания суицидального риска, а также для оказания всесторонней поддержки лицам, решившим расстаться с жизнью;
- 6) кризисные центры и телефоны доверия, осуществляющие кризисную интервенцию;
- 7) программы ограничения доступа к огнестрельному оружию, наркотикам и другим средствам осуществления суицида;
- 8) программы постнекрозии по оказанию помощи выжившим в плане навыков сопладжия с ситуацией (социально-поведенческий тренинг) и ухода от суицидального поведенческого стереотипа.

7. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

7.1. Современные западные кризисные стационары используют следующие принципы:

- 1) Работа должна соответствовать призванию психотерапевта;
- 2) Решение проблемы более важно, чем диагноз;
- 3) Надо работать только с тем, что имеет непосредственное отношение к кризису;

4) Терапевт должен работать активно и минимально директивно; пассивность и нейтральность в кризисном центре недопустимы;

5) Терапевт должен быть гибким, должен предоставлять информацию, поддержку, контактировать со смежными организациями;

6) Внешняя цель вмешательства – вернуть индивида на тот уровень функционирования, который был свойственен ему до кризиса (Гловамтер и др., 1995).

7.2. Методы кризисной терапии

В Российском суицидологическом центре, работающим под руководством А.Г. Абрумовой [12], методы кризисной терапии слагаются из:

1) Кризисной поддержки (это установление терапевтического контакта, раскрытие суицидоопасных переживаний, мобилизация личностной защиты, заключение терапевтического договора);

2) Кризисного вмешательства (рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, выявление блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса неадаптивных установок, коррекция неадаптивных установок, неадаптивных установок, активизация терапевтической установки);

3) Повышение уровня адаптации (тренинг неопробованных способов адаптации, выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок, введение новых значимых других для поддержки и помощи в продолжении тренинга навыков адаптации после окончания лечения).

Психоаналитики описывают аутоагрессантов как пациентов с некой самооценкой, испытывающих вину или стыд, а также аномические чувства изоляции, бессмыслицы, беспомощности, бесцельности существования, чувства внутреннего разлада и некомпетентности (Battu, 1989). Основные цели терапии направлены на осознание бессознательных стремлений, чтобы укрепление. Это в поведении исподвольно реалистичные, а не инстинктивные тенденции. Подобные виды малозэффективны с клиентами, находящимися в состоянии кризиса и более приемлемы в «холодных» условиях.

В трансакционном анализе, помимо прояснения стремлений к смерти, используют техники «перекрытия опасных выходов – суицида, томоцида или сумасшествия, с помощью заключения соответствующих контрактов на осознательное использование этих выходов (Bued, Conley-Boyd, 1980). В этом смысле особенно эффективен так называемый «антисуицидальный» контракт (Druy et al., 1973) между терапевтом и аутоагрессантом, в соответствии с которым последний берет на себя обязательство не предпринимать ничего против своей жизни и заровня на протяжении определенного срока. Боб и Мэри Гудинги (Goulding, Goulding, 1979) считают, что каждый клиент, испытывающий депрессию (как исходную, так и эндогенную), получил от родителей токсическое предписание «Не жить!», которое он может осознать

в ходе терапии и «перерешить». Одним из этапов этого перерещения является заключение антисуицидального контракта на уровне рационального взрослого.

Бихевиоральный подход эффективен с пациентами, находящимися в остром периоде. Его цель – дать пациенту здоровые инструменты для жизни, к которым относят: умение решать конфликты, выходить из кризиса несущицадельными методами, понимание ценности жизни как таковой, адекватное представление о смерти в биологическом страхе небытия (Конончук, 1988). Терапевты сосредоточивают свою активность на сегодняшней проблеме, а не на ее истории и испытывают техники релаксации (сделать пациента способным войти в состояние, с помощью эффективных тренинговых техник), десенсибилизации (устранить тревогу в специфических ситуациях) и моделирования («выученный оптимизм» и др.) (Stillion, McDowell, 1996) [5, 35].

Психотерапевты, опирающиеся на когнитивную модель, устраняют ментальные факторы риска, характерные для депрессивного мышления: преобладание негативного внутреннего диалога, сверхгенерализация – тенденция видеть мир в негативном свете, селективное абстрагирование – тенденция абстрагировать внимание на негативных событиях и не замечать позитивных, навешивание на себя негативных ярлыков с более сильной последующей реакцией на них, чем на реальную ситуацию (Beck et al., 1979). присутствие в мыслительных конструктах феномена излишнего дополнствования (Эллис, 1994) [5, 35].

Экзистенциальные психотерапевты помогают пациентам искать новые смыслы жизни и смерти (Кашнер, 1967; Франкл, 1990).

8. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ АУТОАГРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

8.1. Специфические методы психотерапии аутоагрессивных тенденций при алкозализме

Возможности психотерапевтической помощи, касающиеся темы смерти и выбора жизни, разработаны в рамках различных терапевтических школ: экзистенциальной (В.Франкл, И.Ялом), личностно-ориентированной (К.Роджерс, Д.Рейнхартер), сугестивной (В.М.Бехтерев, С.Е.Михайлов), аналитической (З.Фрейд, В.Штекель, Э.Бери, К.Штайнер, Б. и М.Гудлиг), трансперсональной (С.Гроф), опиравшиеся на философскую (Платон, Аристотель, Сенека, Данте, Камю), теологическую (Орегон, Блаженный Августин, Фома Аквинский, Джон Дони – см. Beat, 1986) и клинико-экспериментальную (Юнг, Дюркгейм, Каблер-Росс, супруги Саймонтоны, Сондерс, Моуди) базы [5, 16, 35].

В своем выборе используемых техник мы исходим из положения, выдвинутого еще в 1969 г. Штруп и Бергин (Strupp, Bergin, 1969), о том, что терапия будущего будет состоять из ряда специфических видов техник, которые можно будет применять лифференцированно в поддающихся

точному определению условиях при столкновении со специфическими проблемами, симптомами или заболеваниями [15].

Это утверждение перекликается со сложившейся ситуацией в области суицидологии, когда множество теоретических схем и философских подходов (имеется ввиду психоаналит и бихевиоральная терапия) должно быть изменено ввиду актуальности суицидальных намерений в пользу директивных, советующих и убеждающих технических форм (Rosenberg, 1993). В означенном контексте описанные в этой главе техники могут быть «специфически элегантными» и патогенетически справедливы в той их части, где они не являются актуальными суицидальными тенденциями, а инициируют, нормализуют нарушения, лежащие в основе синдрома зависимости» (Иванец, 1995) [6]. Говоря об эффективности предложенных подходов, мы должны прояснить два момента. Первый касается все более утверждавшегося в среде профессионалов мнения о первостепенной ценности качеств жизни больного алкоголиком в ремиссии (Братусь, 1974а, б; Гузиков, 1982; Бокий, Цышарев, 1983; Иванец, 1995; Ерышев, 1998) [6, 37]. В этой связи цель терапии – освободить личность от негативных сценарных аспектов, обращаясь к прошлому пациента, и актуальных невротических переживаний «скорой смерти», адресуясь к настоящему пациента. – феноменов, касающихся бы не связанных напрямую с патологическим влечением к алкоголю. И второй момент, касающийся упреков (инициированных еще К.Л.Юнгом: рядом с психотерапевтической «тишкой ребенка» отошли в тень «творческое значение и возможности зрелого возраста») в отсутствии удовлетворяющей практику теории развития «после действия» (Goldberg, 1996). С нашей точки зрения выдвинутым критериям отвечает теория континуальной психотерапии (Валентик, 1993), основной целью которой является развитие нормативного Я как источника родительских, семейных, профессиональных и дружеских установок.

8.2. Алгоритмы психотерапии. Терапия проводится в четырех направлениях:

- 1) терапия соприкасается с темой смерти, направлена на осознание негативных моментов жизненного пути, на прояснение аспектов бессмертия;
- 2) сценарный анализ «Не живи!» направлен на смену Детского негативного решения путем методики «перерещения»;
- 3) психотерапия актуальных невротических переживаний направлена на редукцию психогенических связанных с темой смерти;
- 4) психотерапия с интервенцией в духовную сферу направлена на стабилизацию основных духовных конструкторов, связанных с жизнью и бессмертием», перевод Компакса Направления и Концепции Родригеса.

Выбор определяющего направления зависит от психотерапевтических показаний. Понятно, что в «Беседуемый психиатрия психотерапевтическая терапия могут пересекаться в зависимости от интенсивности и краткосрочности необходимости».

БЕСЕДУЕМЫЙ ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
БЕСЕДА, АНАЛИЗ, АНАЛИЗЫ ПСИХИЧЕСКОЙ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОБОГИИ»

II ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. ПРОФИЛАКТИКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1.1. Профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме

Осуществление профилактики АП при алкоголизме включено в общую программу антиалкогольных мероприятий:

- Больные алкоголизмом со склонностью к суицидам и повторным самонанесением выделяются в особую группу наблюдения с активным патронажем по истечении трех дней после выписки из наркологического стационара [12].

- Необходима диспансеризация алкоголических аутоагрессантов на основе трехэтапной структуры наркологического сектора (амбулаторное и стационарное звенья и психотерапевтический клуб).

- Рекомендуются различные схемы психотропного лечения аутоагрессантов в зависимости от ведущей клинической симптоматики, приводящей к аутоагрессивному акту.

- Среди психотерапевтических мероприятий выделяются методы, направленные на выработку устойчивой, антиалкогольной и антисуицидальной позиции, ценностную переориентацию личности суицидента в рамках групповой, семейной психотерапии и аутотренинга.

- Профилактические подходы к больному алкоголизму как к потенциальному аутоагрессанту адресуются к эмоционально-инстинктивной сфере пациентов с прояснением уже существующей аутоагрессивной модели поведения.

- Основная задача традиционного антиалкогольного лечения – это подавление различными способами (психофармакологическими и психотерапевтическими) патологического влечения к алкоголю с формированием стойкой ремиссии.

- Эффективная профилактика аутоагрессивного поведения у больных алкоголизмом немыслима без адекватной терапии основного заболевания.

1.2. Формы профилактики юношеской суицидальности

* неукоснительное соблюдение педагогической этики, требований педагогической культуры в повседневной работе каждого педагога;

* освоение хотя бы минимума знаний возрастной психопатологии, а также соответствующих приемов индивидуально-педагогического подхода, лечебной педагогики и психотерапии;

* раннее выявление контингента риска на основе знания его характеристики в целях линейческого наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;

* активный патронаж семей, в которых проживают студенты группы риска, с использованием приемов семейной психотерапии, оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям.

* изучение факторов суицидальных случаев в учебных коллективах;

* рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска;

* усиление внимания родителей к порядку хранения лекарственных средств, а также к суицидальным психологическим факторам;

* проведение при необходимости тактичной консультации с психологом, психотерапевтом, психиатром;

* формирование у учащихся таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели и смысл жизни», а также индивидуальных приемов психотерапевтической защиты в сложных жизненных ситуациях;

* повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению ожидаемых трудностей.

1.3. Профилактика суицидов в учреждениях образования

* Акция «Я выбираю жизнь»

* Воспитательный час «Поиск позитивных путей разрешения конфликтных ситуаций»

* Конкурс сочинений о смысле жизни (например, «Несколько слов о поиске смысла в жизни» или «Классики литературы о смысле жизни»)

* Проблемные мастерские для педагогов, родителей, учащихся «Нормы неконфликтного общения», «Пути получения помощи в ситуациях дискомфорта или стресса»

* Тренировочные занятия «Дорога к спасению души»

* Круглый стол «Я в этом мире не один» (по проблеме одиночества личности учащегося в социуме и дома)

* Конференция «Наше духовное богатство»

* Воспитательный час «Экстремальная ситуация. Как себя вести?»

* Психолого-педагогические групповые консультации на темы «Умел владеть собой», «Приемы снятия психологического напряжения», «Экзамен без стресса» и др.

* Кинолекторий на тему «Нравственные ценности» и др.

1.4. Рекомендации для тех, кто рядом с человеком, склонным к суициду

1) не отталкивайте его, если он решит разделить с вами проблемы, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией;

2) доверьтесь своей интуиции, если вы чувствуете суицидальные настроения в данном индивиде, не игнорируйте предупреждающие знаки;

3) не предлагайте того, чего не в состоянии сделать;

4) дайте знать, что хотите ему помочь, но не видите необходимости в том, чтобы хранить все в секрете, если какая-то информация может повлиять на его безопасность;

5) сохраняйте спокойствие и не осуждайте его, не зависимо от того, что он говорит;

6) говорите искренне, постарайтесь определить, насколько серьезна угроза: вопросы о суицидальных мыслях не приводят к попыткам покончить счеты с жизнью, на самом деле они помогут почувствовать облегчение от осознания проблемы;

7) постараитесь узнать у него план действий, так как конкретный план – это знак реальной опасности;

8) убедите его, что есть конкретный человек, к которому можно обратиться за помощью;

9) не предлагайте упрощенных решений;

10) дайте понять, что хотите поговорить о чувствах, что не осуждаете его за эти чувства;

11) помогите ему понять, что сильный стресс мешает полностью осознать ситуацию, неправильно посоветуйте, как найти какое-либо решение и управлять кризисной ситуацией;

12) помогите найти людей и места, которые смогли бы снизить пережитый стресс;

13) при малейшей возможности действуйте так, чтобы несколько изменить его внутреннее состояние;

14) помогите ему понять, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно.

1.5. Тренинг по профилактике суицидального поведения

Модуль по работе по профилактике суицидального поведения

1. Знакомство

2. Ожидания

3. Правила работы в группе

4. Мозговой штурм «Что такое душа»

Здесь необходимо определиться из чего она состоит, кто ее представляет. Как изменяется наше душевое состояние, кто на него может влиять? Можем ли мы управлять своими душевными движениями, и почему на наше душевное состояние кто-то может повлиять помимо нашей воли? Что такое понятие душа внешняя и душа внутренняя? Что может и должно быть в душе внутренней? Маска и игра - в чем различие? Часто говорят, что: «Маска – скрывает, игра – раскрывает». Верно, но может быть и игра, которая скрывает. Может быть, дело в вашчине или отсутствии внутреннего конфликта? Маска негармонична внутреннему и находится с ним в конфликте, внутреннее ристет через маску. А игра – посланец внутреннего, внутреннее благодарно своему внешнему представителю и конфликта нет.

Во внешней душе для других должно быть то, что нужно людям и ситуации. Во внешней душе для себя должно быть то, что нужно мне, что порадует или простиумирует меня. А что должно быть во внутренней душе?

Что – самое глубинное? Что – исходное? Почему вы это выбираете? Зачем вы это выбираете?

Обсуждение

Мнение ведущего:

Исходно, во внутренней душе должен быть покой, или пустота, или просто присутствие – это все синонимы. Может быть образ ровного зеркала, которое отражает все, но в котором в самом нет ничего.

Во внутренней душе должно быть – НИЧЕГО. Просто присутствие в мире.

Предложение – поискать это в себе

5. Обсуждение в малых группах «Что меня задевает – и как я расстраиваюсь?»

Группы разбиваются на несколько подгрупп и им дается задание:

На листочках: запишите четыре ситуации из области взаимоотношений со своими близкими, любими, друзьями или знакомыми, когда поведение или реакции этих людей вас задели: возмутили, обидели или хотя бы огорчили 5 минут.

* Только не писать общее, ярлыками: «Бывшая девушка плонула мне в душу, посмеявшись над моими чувствами к ней. Свинья!!!» Что конкретно сказали, сделали, при каких обстоятельствах?

Задача разобраться и нарисовать разумную схему с листами, объясняющую вот что. Есть люди, которые обижаются легко, которые все время возмущаются, а есть люди, которые на все смотрят со спокойной улыбкой.

Кто себя окраин как Эмоционально заряженного, часто готового обижаться, злиться или возмущаться?

А кто – человек принимающий, для которого такие эмоции не свойственны?

От чего это зависит? Каким образом мы в душе делаем обиду, злость или возмущение? Как устроена душа, которая делает обиды, злость или возмущение?

Обсуждение в малых группах

Как возможно творить измутение?

Доклады от малых групп, ведущий обобщает и по результатам рисует схему «Как делают обиды и возмущение».

Возмущаются или те, кто не может не возмущаться, или кто находит в этом условную выгоду:

Например: так жизнь заполненнее, не так скучна, или так нахожу дополнительную энергетику (и агрессию) или это способ привлечения внимания.

Чаще всего с кличками «Негодай» кидаются три типа людей:

1. Спаки, но с детскими чертами человек, страстно желающий, чтобы мир был только прекрасным, а не реальным. Он хочет, чтобы погода была только солнечной, чтобы люди были только честными, и когда он

видят, что солнце вдруг сменяется дождем, а люди обнаруживают свою нечестность или злость - у него так сердце кровью обливается, что он от этой боли начинает всех подряд бить, например словами: "Негодай!"

2. Человек ограниченный, не склонный к пониманию Другого. Он знает Как Должно (на его взгляд), и не видит Не Так. А почему не так, его не интересует. Но Важно еще то, что он заранее думает о человеке плохо.

3. Человек, наполненный злыми чувствами. А за этим, как правило, стоит какое-то неблагополучие: усталость, уязвленная самооценка, какая-то боль внутри. Или страх. Злые чувства - как душевный яд: в тебя влили, на тебя изорвали - начинашь ругаться ты. И заражаешь других.

А когда:

- * Люди взрослые, способные смотреть на мир реалистично.
- * когда люди умеют смотреть на мир и людей широко, без шир - и людей понимают,
- * а также с когда люди душевно здоровые, у которых в душе не боль, а свет, тепло и радость - тогда вокруг такого человека Негоды нет. Но есть мир и люди, в жизни которых можно по-разному поучаствовать.

А если у тебя есть честь и возмущение, посмотри на себя, что ты в своей душе потерял реалистичность? Широту взгляда, понимание? Или просто здравия злыми чувствами? И когда диагноз становится тебе правильно, лечиться - легче.

Презентации наработок малых групп.

Затем обсуждение по кругу. Или - работа в малых группах. Размышление: Наверное, в самой глубине души (в духе) должно быть Ничего: Покой и Свет. В душе тогда рождаются много чувств (зародышей чувств), их можно развить или погасить. У некоторых чувство застrevает, как заноза, и тогда говорят о душевной заболевании.

6. Игра «Нашествие Орды на Витязей»

Задача - развить способность делать мощные душевые удары или таким ударам противостоять.

Общая схема игры:

Группы делятся на 3 или 4 подгруппы. Одна группа становится Витязями, остальные - Орда.

Задание Витязям: вы встанете в круг лицом внутрь. На вас сейчас будут нападать, Орда, в данном случае - три другие команды. Их задача - вас достать (душевно), вызвать в вас какие-то любые живые душевые реакции. А ваша задача - оградить свой Внутренний Мир от вторжения измен. Соответственно сейчас ваша задача будет сильно погрузиться в себя, отрешиться от любых внешних воздействий. Вам надо будет застыть, душевно заморозиться. По моему сигналу вы разворачиваетесь лицом В наружу, и в тот же момент на вас налетят, как Орда, три высшие команды. Игра на честность: если тебя достали, ты хоть чуток улыбнулся - ты снова

разворачиваешься внутри, собираешься, приходишь В себя, после чего с новыми силами разворачиваешься лицом к Орде.

- Орда! Запомните, у вас есть только два ограничения: вам нельзя лотрагиваться до Витязей и нельзя им орать в ухо. Все остальное, любые провокации - все можно. Если человек моргает - это не считается, это реакция физиологическая, а не душевная. Но если вы ему скажете: "Ты моргнул, все, выходи!", и он ответит вам: "А моргать можно?", то тут-то он и выходит, потому что вы его поймали. Орда, я советую вам работать творческими группами, там легче выявлять даже самых стойких. Что касается Витязей, то они не имеют прятать глаза: они должны смотреть прямо, так, чтобы любой оказался в поле их физического зрения.

Как внутренне защищаться Витязям? Если они слабы, они могут постараться отключиться от внешнего мира и занять себя внутренними картинками, действиями и переживаниями (считать, баринов, видеть себя горящим на костре, видеть лицо любимой и т.д.), если же они сильнее, они не будут уходить от ситуации и будут пребывать здесь и сейчас, видя все и все воспринимая - но не реагируя, не откликаясь.

И так Витязи поворачиваются. Орда - вперед!

Надо сказать, что в реальности более трудная задача как раз не у Витязей, а у Орды. Вот так ни с того, ни с сего устроить хохому - а обычно выводят Витязей на смех - очень трудно, здесь нужна раскрепощенность, фантазия и мощная энергетика.

Игра-бой идет около 2-х минут под боевую музыку. Затем группы меняются ролями. Конец - свисток ведущего и его вопросы: сколько витязей сломалось сразу? сколько в течение игры? сколько остались стойкими? кто держался с трудом? в кому это было непросто? и - вкладыши?

Особо можно выделить лучших Ордынцев, продемонстрировавших талант и энергетику.

Обсуждение

Свободное обсуждение в общем кругу: О чём говорит это вроде бы просто веселое детское упражнение? Где в жизни работает это упражнение? Где в жизни нужны такие умения? Умеете ли вы хранить мир своего Внутреннего мира от натиска Орды мира внешнего? Умеете ли вы свободно запускать энергию своего Внутреннего мира, чтобы преображать внешний мир весельем и праздником? Жив ли в вас ребенок, которому так легко и естественно свою жизнь праздновать?

7. Теоретическая схема «Как возможно возмущение»

Самая типичная основа возмущения (обида) - неприятные реальности. "На меня накрала мама, я почувствовала на нее обиду!" - Значит, у тебя в душе живет уверенность, ожидание, что мама не должна быть мамой такой, какая она есть, а должна всегда тебя понимать и никогда на тебя не кричать. Так? А что было бы у тебя в душе, если бы ты, слыша мамино возмущение, отнеслась к этому просто как к тому, что мама есть мама и поэтому она

кричит. Это такая ситуация, в которой можно что-то делать или не делать – но это просто есть.

8. Работа в малых группах «Мои и наши верования»

Группа разделяется на подгруппы и им дается задание: соберите типичные верования, каким должен быть мир и люди, особенно близкие и любимые вам люди. Те верования, которые, собственно, и порождают обиды на них и возмущение (когда-то) ими.

Типичный список:

- Ратуны и справедливы
- Отвечать добром на добро
- Не лесть в мою душу и вообще меня не насиловать
- Держать свое слово и выполнять свои обещания
- Честными, не врать мне
- Помогать в беде, не оставлять меня одну в трудной ситуации
- Чувствовать мое состояние и когда-то без лишних слов догадываться, что мне сейчас нужно.
- В общем, мир должен быть внимательным и добрым ко мне. Как мама. Мир – не зла. Мир – не добр. Мир – просто есть.

Презентации наработок малых групп.

Вопрос группам: Согласитесь ли вы этот свой список озаглавить «МОИ ГЛУПОСТИ!» - дискуссия.

9. Мозговой штурм «Причины суицидального поведения»

Участники должны назвать причины суицидального поведения подростков.

Примерный список:

- Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
- Действительная или минимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
- Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителя из семьи.
- Чувство вины, стыда, искоробленного самолюбия, самообвинения.
- Боязнь позора, насмешек или унижения.
- Страх наказания, нежелание извиняться.
- Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
- Чувство мести, злобы, протеста.
- Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от решения проблем.
- Сочувствие или подражание значимым людям, героям книг, фильмов, кумирам.

10. Дискуссия «Мифы и факты о самоубийстве».

Обсудите с группой случаи самоубийств, с которыми сталкивались участники семинара.

Предоставьте презентацию «Мифы и факты о самоубийстве».

№	МИФЫ	ФАКТЫ
1	Если человек говорит о самоубийстве – он пытается привлечь к себе внимание	Часто говорящие о самоубийстве переживают психическую боль и хотят поставить о ней в известность значимых людей
2	Самоубийство случается без предупреждения	Приблизительно 8 из 10 сушинентов подают окружающим предупреждающие знаки о грядущем поступке
3	Самоубийство – явление наследуемое	Человек использует аутоагрессивные модели поведения, если они существуют в семье или значимом окружении
4	Те, кто кончают жизнь самоубийством, психически больны	Многие, совершающие самоубийство, не страдают никакими психическими заболеваниями
5	Разговоры о суициде могут способствовать его совершению	Разговор о самоубийстве не является причиной, но может быть первым шагом его предупреждения
6	Если человек в прошлом совершил суицидальную попытку, то больше подобное не повториться	Чаще всего эти действия повторяются заново, и достигается желаемый результат
7	Поискающиеся на самоубийство желают умереть	Подавляющее большинство сушинентов скорее хотят избавиться от невыносимой психической (иногда физической) боли, чем умереть, поэтому готовы принять помощь
8	Все, приподнявшие к самоубийству действия, являются импульсивными	Большинство людей обдумывают свои планы, сообщив о них окружающим
9	Все самоубийцы находятся в состоянии депрессии	Депрессия часто связана с суицидальными намерениями, но не все покушающиеся на свою жизнь страдают ею
10	Самоубийство невозможно предотвратить	Знания о том, куда можно обратиться за помощью, могут предотвратить большую часть самоубийств
11	Самоубийцы редко обращаются за помощью	В течение полутора, предшествующем суицидальной попытке, 50% подростков обращаются к врачам или психологам

После этого обсудите с группой, как можно определить человека, который хочет совершить суицид.

Представьте презентацию: «ДЕСЯТЬ ОБЩИХ ЧЕРТ СУИДИДА»

1. Общей целью суицида является нахождение решения.
2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания.
3. Обшим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль.
4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность, безнадежность.
6. Общем внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
8. Общим действием при суициде является бегство от действительности.
9. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем измерении.
10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизнисному стилю поведения.

Представьте презентацию: «ПРИЗНАКИ ГОТОВЯЩЕГОСЯ САМОУБИЙСТВА» (искать несколько признаков)

1. Приведение своих дел в порядок, раздача ценных вещей, упаковывание. Человек был нервным, и вдруг начинает все приводить в порядок, делает последние приготовления.
2. Прощание. Может принять форму выражения благодарности различным людям за помощь в разное время жизни.
3. Внешняя удовлетворенность – прилив энергии. Если решение покончить с собой принято, а план составлен, то мысли на эту тему перестают мучить. Появляется избыток энергии. Внешне расслабляется – может показаться, что отказался от мысли о самоубийстве.
4. Письменные указания в письмах, записках, дневнике.
5. Словесные угрозы или угрозы.
6. Вспышки гнева у импульсивных подростков.
7. Бессонница.
8. Попытки самоубийства в прошлом.

Игнорирование этих сигналов может быть воспринято подростком как одобрение его намерений.

Работа в малых группах «Стратегия помощи подростку, который хочет совершить суицид»

Группа разбивается на несколько подгрупп, каждой подгруппедается задание написать, как можно помочь подростку, который хочет совершать самоубийство.

СТРАТЕГИЯ ПОМОЩИ

1. Выслушивайте – «Я слышу тебя». Не пытайтесь утешить словами типа: «Не все так плохо, вам станет лучше, не стоит этого делать». Дайте ему возможность высказаться. Задавайте вопросы, внимательно слушайте.

2. Обсуждайте – открытое обсуждение планов и проблем снимает тревожность. Не бойтесь говорить об этом – большинство людей чувствует недовольство, говоря о своих проблемах (особенно о самоубийстве), и это проявляется в отрицании и избегании этой темы. Беседы не могут усугубить состояние клиента, тогда как избегание этой темы увеличивает тревожность, подозрительность к психологу.

3. Будьте внимательны к косвенным показателям. Каждое шутливое упоминание или угрозу следует воспринимать всерьез. Подростки часто отрицают, что говорили всерьез, пытаются высмеивать психолога за его излишнюю тревожность, могут изображать гнев. Скажите, что Вы принимаете их всерьез.

4. Задавайте вопросы – обобщайте, проводите рефрейминг – «такое впечатление, что ты на самом деле говоришь о...», «большинство людей заумышалось о самоубийстве...», «ты когда-нибудь думал, что совершишь это?». Если Вы получаете утвердительный ответ, переходите на конкретику: «Пистолет? А ты когда-нибудь стрелял? А где ты его возьмешь? Что тогда произойдет? А что, если у тебя дрогнет рука, и ты промахнешься? Кто тебя найдет? Ты думал о своих похоронах? Кто на них придет?». Недосказанное, затасканное Вы должны сплести языком. Помогите подростку открыто говорить о своих замыслах.

5. Подчеркивайте временной характер проблем. Признайте, что его чувства очень сильны, проблемы сложны – узнайте, чем Вы можете помочь. Поскольку он Вам уже доверяет, узнайте, кто еще мог бы помочь ему в этой ситуации.

6. Если Вам необходимо уехать, назначьте четкое время встречи по возвращении. Можно использовать открытые, письма, телефонные звонки.

1.6. Профилактическая беседа при суициде

Беседа с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса, – дело чрезвычайно точное, специфичное и требует тщательной предварительной подготовки. Но порой обстоятельства складываются таким образом, что проводить беседу необходимо безотлагательно.

Как показывает опыт работы с суицидантами [18], для того чтобы беседа прошла эффективно, она должна быть построена определенным образом и складываться из нескольких последовательных этапов, каждый из

которых имеет свою специфическую задачу и предполагает использование специальных приемов. Но прежде чем изложить основные правила профилактической беседы, сделаем несколько предварительных замечаний. Они касаются деталей,ностей, однако следует помнить, что для человека, находящегося в состоянии психологического кризиса, мелочи, детали играют порой не менее важную роль, чем веские логические доводы.

1.6.1. Приглашение на беседу

Ни в коем случае нельзя вызывать к себе человека на беседу через третьих лиц. Приглашение необходимо сделать обязательно лично, желательно с глазу на глаз. Лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, выполнение которого даст повод для встречи.

1.6.2. Место беседы

Можно, конечно, провести разговор в служебном кабинете, но предпочтительнее организовать его не в столь «формальном» месте. Главное — отсутствие посторонних. Никто не должен прерывать разговор, сколько бы он не длился.

1.6.3. Поведение во время беседы

В ходе беседы старайтесь не делать никаких записей или ограничивайтесь краткими пометками. Не посматривайте на часы и тем более не выполняйте каких-либо попутных дел. Будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

1.6.4. Правила оказания первичной психологической помощи

Стремясь оказать человеку первичную психологическую помощь важно соблюдать следующие правила:

- будьте уверены, что вы в состоянии помочь;
- избирайтесь опыта у тех, кто уже был в такой ситуации;
- будьте терпеливы;
- не старайтесь шокировать или угрожать человеку, говоря «Пойди и сделай это»;
- не анализируйте его поведенческие мотивы, говоря: «Вы так чувствуете себя, потому, что ...»;
- не спорьте и не старайтесь образумить человека, говоря: «Вы не можете убить себя, потому что ...»;
- делайте все от вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

1.6.5. Рекомендации по проведению беседы

- разговаривать в спокойном месте, чтобы избежать возможности быть прерванным в беседе;

- уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол;

- пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей;

- дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестает говорить он;

- говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства;

- произносить только позитивно-конструктивные фразы («мгновенный рефрейминг»).

1. Начальный этап беседы

Главная задача этого этапа заключается в установлении эмоционального контакта с суицидентом, взаимоотношений «сопереживающего партнера», которые характеризуются высокой степенью доверительности.

Необходимо убедить индивида в том, что его проблемы будут ложны, что вы искренне разделяете его заботы и трудности. Этим вы предоставляете ему возможность более откровенно говорить о своей ситуации и переживаниях.

Ваш собеседник должен быть выслушан терпеливо и сочувственно, без высказывания сомнений и критики. Даже если вы не разделяете высказанных собеседником оценок, по-иному смотрите на окружающих его людей, на сложившуюся ситуацию, не спешите противоречить, опровергать, высказывать свои взгляды. На первом этапе необходимо только внимательное эмпатическое выслушивание, доброжелательность, искреннее (но показное!) стремление помочь собеседнику. Даже ваши вопросы, уточнения не должны на этом этапе нести в себе элементов сомнения в правомерности его мнений и представлений. В результате вы будете восприниматься как человек понимающий, чуткий и заслуживающий доверия.

В процессе беседы формируется более полное представление о личности суицидента, его потребностях, интересах и ценностях. Необходимо уточнить также сведения о близких ему людях, так как именно они (родственники, друзья и т.д.) часто являются теми резервными источниками помощи и поддержки, которые будут способствовать преодолению человеком существующего кризиса.

Слушая собеседника, не только обращайте внимание на его слова, но и старайтесь выявить подтекст, замечайте анекдоты, отговорки, следите за манерой общения и поведения, особенностями речи, жестов, мимики, они не

меньше слов помогут вам определить, установлен ли тот взаимный контакт, когда можно будет переходить ко второму этапу беседы.

2. Второй этап беседы

В ходе второго этапа устанавливается последовательность событий, в результате которых сложится кризисная ситуация, выясняется, что повлияло на душевное состояние человека. Один из наиболее существенных моментов этого этапа — снятие у сущинента ощущения безвыходности его ситуации.

Установив причины и последовательность развития кризиса, необходимо преодолеть имеющееся у сущинента представление об исключительности его неблагоприятной ситуации, убедить в том, что подобные ситуации возникают и у других людей, что положение дел вполне поправимо и причины могут быть устранены.

С этой же целью можно использовать вопросы, сформулированные таким образом, что сам ответ на них будет предполагать изменение позиции человека по отношению к его проблемам и трудностям. При этом необходимо помнить золотое правило психотерапии: «Если не можешь изменить обстоятельства, изменяй отношение к ним».

В атмосфере искреннего эмпатического выслушивания человек, рассказывая о своей жизни, сообщает об успехах и достижениях, о трудностях, с которыми ему приходится сталкиваться. Необходимо тактично подчеркнуть эти успехи, формируя у собеседника представление о себе как о личности, способной к преодолению житейских нештатов. Следует отметить, что такая поддержка, будучи методом косвенного внушения, является очень эффективным приемом психологической помощи и должна неоднократно применяться на протяжении всей беседы.

В ходе этого этапа необходимо также использовать приемы, поддерживающие и углубляющие содержание беседы. К ним относятся высказывания, направленные на внесение последовательности в рассказ. В результате передаваемой эмоциональной напряженности собеседник может забегать вперед в своем рассказе или пропускать некоторые моменты, иногда весьма существенные. В то же время сущиненты в ходе беседы часто фиксируются на психотравмирующих эпизодах. Эту тенденцию необходимо решительно преодолевать, в противном случае негативные переживания будут усиливаться.

Установление последовательности фактов, приведение их в определенную систему во многих случаях приводит человека к изменению оценки ситуации, к осознанию того, что неблагоприятная ситуация, принимаемая им как непреодолимая и беспадежная, вполне поправима. Следует учитывать, что и сам процесс рассказа о своей ситуации и переживаниях способствует снятию отрицательных эмоций.

В ходе беседы могут возникнуть паузы. В этих случаях можно повторять некоторые факты, которые вам сообщили ранее, тем самым проявляя заинтересованность в собеседнике, оказывая ему внимание.

В завершение второго этапа беседы целесообразно четко сформулировать ситуацию, перекиваемую сущинентом. Точная формулировка ситуации создает представление, что, какой бы трудной ни была проблема, она может быть понята, и вы ее понимаете.

3. Третий этап беседы

Данный этап представляет собой совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Следует иметь в виду, что вероятность реализации планируемых действий будет выше в тех случаях, когда ваш собеседник играет ведущую роль в планировании.

Основываясь на знании личности сущинента, его отношениях с окружающими в настоящей неблагоприятной ситуации, необходимо предложить определенный, вариант поведения, возможные способы разрешения ситуации, которые могут привести к выходу из психологического кризиса.

Преодоление психотравмирующей ситуации разбивается на более мелкие, принципиально разграниченные задачи, для решения ближайших задач предполагается несколько предварительных решений.

Советы необходимо давать чрезвычайно осторожно и ни в коем случае не настаивать на их «истинности» в последней инстанции, апеллируя к собственному опыту. Каков бы ни был ваш собственный жизненный и профессиональный опыт, дать 100-процентный хороший совет просто невозможно, поскольку жизненные ситуации каждого человека строго индивидуальны и уникальны. Наиболее приемлемыми будут те рекомендации, которые опираются на систему ценностей самого сущинента, в противном случае он будет механически отвергать навязываемые ему взгляды, недоверчиво и без необходимого внимания относиться к вашим словам.

В некоторых случаях в ходе планирования действий сущиненты занимают пассивную позицию, пытаются вернуться к обсуждению проявления своего эмоционального состояния. В этом случае необходимо вернуть собеседника к обсуждению конкретных планов.

В результате анализа предварительных решений вырабатывается конструктивный план поведения, направленного на преодоление неблагоприятных обстоятельств. Совместный поиск способов решения проблемы придаст инциденту уверенность в собственных силах, повысит его самооценку.

4. Четвертый (главершающий) этап беседы

Это этап окончательного формирования решения, активной психологической поддержки и призыва индивиду уверенности в своих силах и возможностях. Необходимо призвать его проявить максимум силы и целустремленности для достижения желаемого результата.

План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко. В тех случаях, когда индивид выражает сомнения относительно каких-либо моментов намеченного плана, на них следует остановиться особо, при этом проявить решительность, настойчивость, подобрать веские аргументы и доказательства.

Если в ходе беседы индивид активно высказывал суицидальные мысли, то необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение. Однако может сложиться ситуация, когда в силу различных обстоятельств невозможна срочная госпитализация для оказания специализированной помощи. В этом случае беседа должна быть направлена на коррекцию суицидогенных личностных установок.

С этой целью необходимо убедить сумнедавшего в следующем:

А) тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в настоящий момент, является временным; другие лица в аналогичных ситуациях чувствовали себя так же тяжело, и со временем их состояние полностью нормализовалось;

Б) его жизнь нужна родным, близким, друзьям, и его уход из жизни станет для них тяжелой травмой (актуализация антисуицидальных факторов);

В) он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из жизни в силу его крайней важности лучше отложить на некоторое время, спокойно его обдумать. (Подчеркивание права индивида распоряжаться собственной жизнью повышает его самооценку, увеличивает ответственность за свое поведение, уменьшает актуальность суицидальных переживаний.)

Важнейшим условием профилактической и психокоррекционной беседы является ее анонимность. Это значит, что любая информация, сообщенная индивидом, не может быть передана без его согласия кому бы то ни было, а тем более стать предметом обсуждения в его окружении. Нарушение этого принципа подрывает основу доверия, что в итоге делает дальнейшую профилактическую и психокоррекционную работу чрезвычайно затруднительной, а порой и просто невозможной.

После беседы необходимо тщательно осмыслить ее результат, сделать необходимые записи и продумать основные направления последующей работы.

Дальнейшая работа будет складываться, исходя из анализа беседы с учетом личностных особенностей индивида и сложившейся ситуации. Поэтому любые детализированные рекомендации на этот счет весьма затруднительны. Однако основные советы могут состоять в следующем:

А) учитывая повышенную вероятность неадекватных реакций, необходимо создать для индивида на какой-то период более спокойные условия деятельности, вплоть до освобождения его на некоторое время от выполнения основных обязанностей;

Б) не следует оставлять индивида на этот период без контроля и внимания. Эту задачу целесообразнее поручить его родным и друзьям;

В) при необходимости следует продумать возможность госпитализации индивида.

Таким образом, для проведения профилактической беседы с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса, можно предложить определенное ее построение с выделением основных этапов. Однако возможно, что беседа пойдет в другом направлении, этапы могут меняться местами, совмещаться и т.п., так как любая схема несет в себе элемент условности. Творческое применение методики, искреннее желание помочь человеку в беде, удержать его от рокового шага должно быть главным ориентиром в работе. В результате такой беседы составляется антисуицидальный контракт с последующей психокоррекционной работой с пациентом.

1.7. Рекомендации психотерапевту при работе с суицидентом

- * Проводите тщательный анализ степени суицидального риска, не полагайтесь на собственную интуицию
 - * Оцените степень импульсивности характера (отсутствие суицидального плана в настоящее время у импульсивных людей не говорит о невысокой степени суицидального риска)
 - * Проявляйте интерес, но не оценивайте, не осуждайте и не пытайтесь переубедить
 - * Задавайте вопросы прямо, в искренней и спокойной манере: используйте технику активного слушания
 - * Особенность человека, склонного к самоубийству – амбивалентное отношение к жизни: поиск пути к смерти и желание жить (человек ищет помощи, говоря о том, что хочет умереть)
 - * Выясните, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у собеседника (суицидальный план, время и место исполнения, суицидальные мысли и попытки в прошлом, самостоятельная оценка вероятности суицида)
 - * Определите, от какой проблемы или клубка проблем человек хочет обжечь в небытие
 - * Организуйте лавину обрушившихся проблем в обозримые проблемные блоки, установите их приоритет
 - * Будьте очень убедительным в выстраивании перспектив выхода из тупика (директивная позиция)
 - * Определите потенциал внутренних (истинист самосохранения, интеллект, социальный опыт, коммуникативный потенциал, позитивный опыт решения проблем) и внешних (поддержка семьи, друзей, приверженность религии и др.) ресурсов
 - * Побудите его высказывать свои чувства, связанные с проблемной областью
 - * Обсудите, чем человек будет занят в ближайшие часы и дни, с кем и где проведет это время

- Будьте доступны для человека с высоким риском суицидального поведения в любое время (дайте знать об этом ребенку, сообщите ему свой номер телефона)
- Если вы поняли, что имеете дело с депрессивным пациентом, познакомьтесь специалистов-смежников
- Будьте готовы к психотерапевтической работе на длительное время
- Человек с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным ненасильственным и тактичным наблюдением специалистов

1.8. Терапевтический алгоритм заключения антисуицидального контракта

1.8.1. Антисуицидальный контракт:

«Заслочай между ФИО (пациента) и врачом-психотерапевтом (ФИО) (даты) и заключается в ниже следующем»

Я, (ФИО пациента), обязуюсь в течение срока терапии и далее (оговаривается срок контракта) не предпринимать попыток самоубийства и попыток самоизувечения, какие бы обстоятельства не сложились.

Я, (ФИО психотерапевта), приветствую данное решение моего пациента и доверяю ему. Со своей стороны я буду оказывать ему необходимую психотерапевтическую помощь.

Подпись сторон.

В конце записи добавляется следующий текст: «Я также обязуюсь не предпринимать каких-либо действий против моей жизни и здоровья».

Нужно просить пациента произнести вслух последнюю фразу, оставшуюся во Взрослом это-состоянии (составление «Нормативного Я» по Ю.В.Валентинку). При этом активно конфронтировать скептицизм, «умор инсультника» или автоматическую скороговорку Ребенка, предшлагаю пациенту повторять эту фразу несколько раз до тех пор, пока собственный Взрослый психотерапевта не убедится в рациональной искренности заявления пациента. При этом психотерапевт вслух благодарит пациента за его непростое решение, еще раз не подтверждая, что полностью доверяет его осознанному выбору.

Следует также внимательно прочитать текст контракта вместе с пациентом на предмет выявления ошибок и неточностей типа «Я также никогда не обязуюсь предпринимать...», свидетельствующих о внутреннем сопротивлении пациента.

1.8.2. Терапевтический алгоритм заключения контракта:

1. Формирование рабочего альянса (например, в ходе терапевтического интервью).
2. Проведение деструктивных тенденций в психике.

3. Разговор с «нормативным Я» или «Взрослым» пациента в ходе подиактивного (инраптерапевтического) контакта «Врач-пациент».

4. Обсуждение с пациентом необходимости заключения контракта с пациентом на нужности этой процедуры не только для пациента, но и для врача, чтобы спокойно (без тревоги и страха) работать, касаясь, может быть, болезненных и травмирующих психику пациента тем.

5. Проведение и терапевтическая проработка сомнений пациента.

6. Обсуждение процедуры написания контракта, его формы и текста.

7. Написание контракта (пишет пациент под копирку в двух экземплярах – себе и врачу).

8. Вербализация написанного, поддержка, акцент на проявление доверия непростому решению пациента.

1.8.3. Критерии эффективности контракта. Понятно, что самим главным критерием эффективности антисуицидального контракта и контракта на несамопонуждение является отсутствие в обозримом будущем суицидальных и аутоагрессивных действий. Другим критерием является бережное отношение к своему физическому здоровью и телу, основывающееся на знании негативных сценарных моментов.

2. Показания к выбору основного терапевтического направления

Терапевтическая тактика	Показания
A. Соприкосновение с темой смерти	1. Отсутствие «классических» форм АП при наличии иных форм АП. 2. Наличие «нейтривного» бихевиорального суицидального стереотипа
Б. Сценарий анализ «Не живи!»	1. Наличие «классических» форм АП 2. Наличие явного предписания «Не живи!» 3. Наличие суицидальных чувств – депрессии, стыда и вины 4. Наличие комплекса неполноценности в отношении физического тела
В. Психотерапия актуальных невротических персистенций	1. Наличие комплекса «страх срочной смерти» 2. Наличие аффективного специфического поведения – «умор инсультника» 3. Наличие стрессовых ситуаций (угроза развода, значимая потеря и др.)
Г. Психотерапия с интервенцией в духовную сферу	1. Наличие Комплекса Напряжения (отсутствие веры в бессмертие у верующих пациентов) 2 Конфликтная дестабилизация основных духовных конструкторов, определяющих «изданию бессмертия»

А. Соприкосновение с темой смерти

Наиболее подробно эта тема разработана в экзистенциальной психотерапии (Асаджоли, 1997; Рейнхутер, 1992), хотя значительно раньше основные положения были «эмпирически опровергнуты» выдающимися представителями психиатрической науки. Дюргейм приводит случай сумасшествия булочника, которому в процессе терапии «разрешили» совершить суицид, вследствие этого «разрешения» у него полностью исчезли суицидальные мысли и намерения. Соприкосновение с темой смерти само по себе имеет терапевтическое значение (Фролов, 1989).

В начальном сеансе психотерапии проводится в форме интервью с установлением соответствующего психотерапевтического приближения. Затем используется методы конфронтации: «Когда Вы собираетесь умереть?», «В каком возрасте Вы собираетесь умереть?», «Что Вас будет хоронить?», «Могли бы Вы представить собственные похороны?», «Что бы Вы хотели, чтобы было написано на Вашем памятнике?».

В ряде случаев пациенты начинают активно фантазировать на эти темы, и при коррекции со стороны терапевта могут их позитивно преобразовывать. Можно применять гештальт-образы с субличностями. В рамках «рефрейминга» используется установка: «Умираю не я, а та часть меня, которая уже не способна отвечать требованиям жизни» (Филитов, 1999).

В дальнейшем проводится прояснение негативных аспектов жизненного пути параллельно со стимуляцией всех составляющих идеологии бессмертия: исторической – подчеркивается ценность прошлого опыта, достижений пациента в культурном и профессиональном плане; патологической – акцентируется внимание на потомстве, а также лежащая в основе возможность будущего развода или семейной сепарации; духовной – в гештальт-технике или медитации «вымыслись» духовные сущности умерших, некогда значимых других или живых людей, образы которых интегрировались с пациентом на их витальной значимости.

Основная цель работы – повышение мотивации лечения путем расширения ответственности лечения.

Б. Сценарий анализ «Не живи»

Данный вариант терапии включает рациональную и аффективную части. Рациональная часть, направленная на осознание негативного жизненного сценария, условий предписания «Не живи», ориентирована на восприятие интеллектуального озарения («инсайта») и заключение антисуицидального контракта. В ряде случаев терапия этим и исперпивается. При необходимости более глубокой переработки негативного предписания проходится терапия перерещением в соответствии с классической схемой «изменение контракта». прояснение тупика, повторное принятие

позитивного решения». Выбор конкретной терапевтической тактики обусловлен видом суицидального психологического сценария:

- 1) Прямые приказания «Не живи»;
- 2) Маскирование «Не живи» под механизмом условной успешности;
- 3) Повторение инфантильного поведения («ретрофлексия») и фиксация детской вины;
- 4) Грех поколений, или «горячая картошка».

1. Прямые приказания «Не живи», «Не существует!» Эти понятия являются наиболее сильным толчком к принятию человеком решения разрушать себя различным образом. Алкоголизм как болезнь, имеющая в своей основе аутоагрессивные корни, сводящаяся по сути, к медленному саморазрушению, теряет эту «энергию» именно в родительском запрете жить. Внутренними, субъективными признаками наличия данного послания будут ощущения ненужности, одиночества и безнадежности на фоне чувства стыда, мысли, что «я родился на свет, веры и «шлюю судьбу», которая подталкивает к роковому концу, бессознательного поиска ситуаций, подтверждающих жизненную не успешность субъекта.

2. Маскирование установки «Не живи» под механизмом условной успешности. Ребенку лается жизненная программа, выполнение которой гарантирует ему успешность и самодостаточность, в противном же случае, при ее невыполнении реализуется компонент «Не живи». Если ребенок добьется нужного результата, то он достоин жить и гордиться своим фамильцем, если же нет – то лучше бы его не было совсем. Достаточно часто рамки программируемой успешности бывают заниженными, отражая родительские небывавшие надежды и фантазии или заданные невыполнимые установки, как например, указания стать известным ученым человеку с интеллектуальной неполнотой. Данная категория больных алкоголизмом дезадаптируется тогда, когда совсем перестает соответствовать родительским требованиям, а ощущения ущербности, профессиональной некомпетентности и безнадежности усиливаются. Свой алкоголизм они пытаются объяснять с рациональных позиций: «Пью с горя, так как ничего в жизни у меня не получилось. Я - неудачник». Другим решением проблемы наряду с алкоголизацией может стать самоубийство, часто создающее своеобразный континuum между полярными феноменами «жить – не жить», максимально их облитая. Так подобных аутоагрессивных действий приходится на так называемые кризисные периоды жизни – 17, 33 и т.д. При расспросе выясняется, что эти люди постоянно находятся в борьбе за право «быть живыми», вся их жизнь направлена на преодоление поставленного родителями фатального условия.

3. Повторение инфантильного поведения (ретрофлексия) и фиксация детской вины. Имеется явную использование собственного шантажного

решения мне жить». Так, ребенок, будучи запуган и обижен, прячется в шкафу или фантазирует: «Вот умру, и вы пожалеете». Данное заявление в детском возрасте связано с наивной иллюзией бессмертия, что нельзя сказать о взрослых, пытающихся с помощью алкоголизма досадить кому-либо, утверждая: «Вот сольюсь, узнаете как без меня плохо!» - или «Я убиваю себя пьянством, так как меня не ценят и не любят». Такие реакции часто ассоциированы с внутрисемейными конфликтами, сопровождающимися шантажными суицидальными угрозами. Например, больной алкоголизмом, покончивший жизнь самоубийством после того, как от него ушла жена, в предсмертной записке писал, что жена горько пожалеет о своем уходе, его самоубийство ее накажет.

Детская психика не делает различий между потребностями и желаниями. Для ребенка мысль «Я хочу убить младшего брата, так как он своим рождением отнял у меня ласку родителей» равнозначна «Я убил своего брата». И в последующей взрослой он испытывает чувство вины за преступление, которого не совершил. Так, один из пациентов со злокачественной формой алкоголизма во время интервью вспоминает своих старших брата и сестру – двойняшек, умерших через 4 дня после рождения, говоря, что если бы они были живы, он не был бы рожден. Другим вариантом может являться ситуация, когда чувство вины теряет свой изначальный объект и начинает существовать «самостоятельно», толкая человека на совершение противоправных поступков с целью объяснить себе чувство вины реальным событием (объясняющей делиней). Это, в свою очередь, лишь усиливает вину, замыкая образовавшийся прочный круг.

4. Грех поколений, или «горячая картошка». Грех поколений отражает передачу родителями детям своих посланий «Не живи!» с целью спасти себя от самоубийства, они рассуждают примерно так: «Если кто-нибудь покончит жизнь самоубийством за меня, то мне не придется этого делать. Я переброшу этот «шадарок» по кругу, как горячую картошку». Надо отметить, что горячая картошка чаще является временной мерой, и человек все же совершает суицид, передав эстафетную палочку следующим поколениям. В таких семьях жизнь протекает в атмосфере идеализации смерти, объясняется «злым роком», наложенным на них. Достаточно часто информация о самоубийствах «стекается» и обсуждается. Рассказывая о самоубийствах предков, люди за своим псевдоспокойным, псевдорадужным отношением к смерти стараются скрыть страх за собственную жизнь. Каждый надеется, что его не выберет «рок». В результате подобного поведения вероятность получения детими послания «Не живи!» высока, так как, во-первых, обесценивается понятие смерти в глазах детей, и оно не несет для них обычной смысловой нагрузки, не пугает их. Во-вторых, часто говорят ребенку: «Ты похож на папу (дедушку) и т.д.», действуя по принципу: «Есть более похожие, чем я». Ругая детей, родители часто упрекают их в том, что они ведут себя, как покойный предок: «А знаешь, как он закончил?» - или

говорят прямо: «Очень похож, и получит так же» - или: «Будешь делать так, умрешь, как отец».

В. Терапия актуальных невротических переживаний

Актуальные невротические переживания, достаточно часто диагностируемые у больных алкоголизмом, в рассматриваемом аутоагрессивном контексте имеют порой популярную значимость. Например, хорошо известно позитивное антисуицидное значение ипонондрической структуры личности и иллюзорических невротических и сверхценных переживаний. Многие психотерапевты используют ипонондрический страх, гиперболизируя его соматические основания, формируя «терапевтическую» ятрогенную ситуацию.

Наоборот, диноморфобофические переживания, онтогенетически вытекающие из детской и подростковых идей о способе физической неподобающейности, по нашим данным, тесно ассоциированы с алкогольными импульсивными самоповреждениями. У женщин, больных алкоголизмом, алкогольные изменения внешности ассоциируются с необратимостью заболевания и имеют «разрешающий» характер для всякого рода аутоагрессивных действий, так что терапия путем «косметического» улучшения эстетики внешности (Воробьев и др., 1985) способствует повышению эффективности лечения зависимости.

В статье «Страх срочной смерти» С.Е.Михайлов (1914) описан случай молодой пациентки, которой приснился ранее умерший младший брат, утверждающий, что она умрет 4 ноября. Пациентка жаловалась, что теперь «ей ничего неинтересно и немило, что ничего не может делать, все безразлично: и ребенок, и муж, и все на свете, что она больше не чувствует себя живой, будто постепенно умирает, а 4-го и совсем умрет». Врач успешно использовала гипнотерапию, обратное внушение в сомнамбулическом состоянии вплоть до роковой даты.

В наших исследованиях у значительного числа наркологических пациентов с суицидальными налонностями был диагностирован и пролечен комплекс «страха срочной смерти». В процессе психотерапевтического интервью пациенты называли известную им дату собственной смерти, которую «нагадала штуканка», «блбушка сказала», «я знаю, что умру, как и отец, в 42 года» и т.д. пациенты охотно делались этой информацией, демонстрируя так называемую «кульку висельника» (Goulding, Goulding, 1979; Steiber, 1974) – показатель субъективной значимости и уверенности в необратимоти трагического события. При более глубоком анализе и конфронтации «старого юмора» выяснилось, что алкоголь-зависимое поведение «привязалось» к роковой дате в двух вариантах: (1) «лечебном», позволяющий «забыться» перед неизбежностью скорой смерти, (2) «аутоагрессивном», когда «все равно», и «лучше бы скорей» наступила трагическая развязка. К подобным мы относили и случаи различного рода математических подсчетов и выкладок относительно своего рождения или

неблагоприятных и «роковых» чисел, а также сокращение дат трагических смертей родственников с датами собственной жизни.

Алгоритм терапии:

- 1) достижение терапевтического альянса;
- 2) прояснение значения «рока/даты»;
- 3) эмоциональная терапия (гештальт-разговор с умершим родственником и получение разрешения жить; медитативные техники (Bradshaw, 1990) проживания «рокового возраста»);
- 4) поддержка, эмпатическое общение, положительные стимуляции.

3. МЕТОДЫ КРИЗИСНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Кризисная психотерапия - набор психотерапевтических приемов и методов, направленных на помочь людям, находящимся в состоянии социально-психологической ландшафтации, обусловленной реакцией на тяжелый стресс, и предназначенных для предотвращения саморазрушительных форм поведения и в первую очередь попыток самоубийства (суицидальных попыток) [32].

Метод «кристаллизации проблем» относится к кратковременной психотерапии, когда на одного клиента затрачивается не более 1,5-3 часов рабочего времени. Метод применяется как в групповой, так и в индивидуальной психокоррекции. В первом случае группа малоструктурирована. Используются лишь те стандарты группы, которые предлагают сами участники в процессе работы. Формируется групповая сплоченность, условия для открыенного и доверительного общения. Обычно используется звук кругов. Участники первого (внутреннего) круга активно работают, заявляя свои проблемы. Участники второго (наружного) круга в течение групповой встречи пассивны и разрешают свои проблемы, проецируя их на заявленные из первого круга. Основная функция второго круга - обратная связь, как бы уравновешивающая порывы участников первого круга, сдерживающая их от неконструктивной активности.

Описываемый метод - это вербальная психокоррекция, использующая основные приемы психокоррекционного воздействия: слушание, молчание, постановка вопросов, отражение чувств, присоединение, интерпретация, обобщение, структурирование. Перечисленные методики получили широкое распространение в психокоррекции. Имеются также специальные приемы, предложенные для данного метода. К ним относится прием упрощения проблемы, когда психотерапевт побуждает пациента взглянуть на свою проблему максимально просто, отказаться от всего необязательного для нее, выделить самое ее ядро. Тогда проблема представляется уже не столь важной и сложной.

Прием отделения проблемы от личности сводится к тому, что психолог стремится подвести клиента к пониманию того, что заявленная проблема представляется случайной или, по крайней мере, чужеродной для клиента. Избавление от нее не поведет к каким-либо потерям.

Прием доведения проблемы до абсурда направляется то, чтобы показать проблему как нелепую, смешную. Если удается вызвать смех, шутки клиента в адрес его же проблемы, тогда разрешается или, по крайней мере, сглаживается ее острота.

Во время процедуры доведения проблемы до ее завершения проблема проигрывается в воображении клиента, создаваемые ею ситуации доводятся до конца. Здесь клиент зачастую убеждается в отсутствии фатальных последствий в результате завершения ситуаций, обусловленных проблемой, а значит, в небоснованности своих опасений и страхов. Кроме того, проигрывая в воображении различные варианты разрешения проблемы, возможно, по несколько раз, клиент убеждается, что его страхи значительно преувеличивают саму проблему, которая уже не представляется столь значимой.

Прием «ведения проблем к внутренностям» обусловлен тем, что клиенты свою неуспешность часто связывают с внешними обстоятельствами. Это позволяет снимать ответственность с себя и оставаться пассивным в решении проблемы. Когда в группе проблема начинает рассматриваться как внутренностная, клиент уже не может оставаться пассивным. Второй вариант этого приема состоит в том, что клиент начинает активно отторгнувшись от проблему, сопротивляясь рассмотрению ее как внутренностной. Тем самым проблема подвергается определенной динамике, способствующей ее трансформации и разрешению.

Используя технику языковых замен, клиенты просят изменить местоимение «мы» на «я». Тогда его высказывания становятся более личными и ответственными. Просят заменить «должен» на «хочу, могу». Тогда клиент обнаруживает, что часто он делает то, чего вовсе не желает. Просят заменить «хотелось бы» на «хочу». И в других высказываниях избегать частных «бы», которые создают неопределенность ситуации. В некоторых ситуациях важно заменять «нельзя» на «нежелательное».

Важным представляется и перенесение времени изложения событий - из прошлого в настоящее, из настоящего в будущее. Переводя проблему в настоящее время, мы обостряем переживание проблемы. Когда же проблема переводится из настоящего в будущее, то ее переживание может смягчаться, страх заменяется тревогой.

Кроме того, мы часто избегаем использования частных «здесь» и союза «здесь». Первую, особенно в устной речи, наш мозг игнорирует. Тогда концепция получает противоположное значение. Союз «здесь» сам по себе обозначает, что предшествующая ей часть предложения будет отрицаться в последующей за ней.

Техника логической последовательности помогает клиенту логично строить свои высказывания и умозаключения, соблюдая правило: когда есть «посылка - «если», должно быть» следствие «то». Логическая последовательность дает иную точку отсчета, помогает людям предвидеть результаты своих действий.

Прием разрушения аперцепции основывается на том, что люди постоянно поступают согласно прежнему опыту, часто бездумно, по шаблону. Чем лучше обучаемость человека, тем быстрее образуются шаблоны поведения. Живущие прошлым опытом упускают многие возможности в нашем бурно изменяющемся мире. Если приостановить аперцепцию, человек вновь начинает видеть, слышать, чувствовать. При этом резко возрастает уровень получаемой информации, изменяется картина мира.

Прием работы с амбивалентностью связан с тем, что все актуальные психические состояния, эмоции, желания амбивалентны, т. е. всегда, хотя бы в минимальном объеме, содержит свою противоположность. Так, в переживаниях любви всегда можно обнаружить следы ненависти, в торжестве - разочарование, в гневе - жалость. Активация противоположного психического состояния, эмоции или желания во время психокоррекционной работы приводит к динамике проблемы вплоть до ее разрешения.

Большинство проблем во время психокоррекционного процесса можно свести к нескольким основным, глубинным, и, скорее всего, все они могут сводиться к экзистенциальным. Поэтому ряд психологов достигают мастерства в сведении любой проблемы пациента к одной из своих «любимых» и работают с этой проблемой (проблемы вины, конфликты, ранней травмы, низкой самооценки).

Метод кристаллизации проблем Макарова.

Все проблемы подразделяются на три уровня, распределяются их в трех слоях: поверхностном слое повседневных, бытовых проблем; глубоком слое личностно важных проблем, главных на некотором этапе жизни; и в слое экзистенциальных проблем, важнейших на всех этапах жизни. Изучение глубин личности, данных о семье, районе проживания не является самоцелью, а проводится в том объеме, который необходим для разрешения заявленной клиентом проблемы. В.В. Макаров выделяет пять уровней кристаллизации проблемы:

0 - проблема остается без изменений, эффекта нет;

1 - проблема вербализуется, становится ясной;

II - проблема вербализуется, превращается в задачу, которая нуждается в разрешении;

III - проблема вербализуется и разрешается;

IV - обнаруживается общий подход к разрешению проблем такого уровня. Когда проблема вербализуется и становится «иной» - это начальный результат. Важно сформулировать проблему таким образом, чтобы она трансформировалась в задачу, чтобы знания могли реализовываться в понимании, а человек получил заряд энергии для деятельности и свершений, энергия же, затрачиваемая на сдерживание себя, на ограничение активности, переключается на позитивную деятельность. Кристаллизация проблем - это психокоррекция (психотерапия) с акцентом на позитивном в человеке, направленная на поиск ресурсного состояния, к которому клиент сможет

возвращаться и избавляться от подавленности, черпать энергию и оптимизм для активной деятельности. Высший уровень кристаллизации предполагает переход от работы с содержанием проблемы (такая психокоррекция может оказаться очень длительной или даже бесконечной) к работе с формой и процессом психогенеза, носящими более общий характер и позволяющими обнаружить общий подход для разрешения сходных проблем данного уровня.

Методика остановки мыслей - это один из приемов поведенческой психотерапии, появившейся в 50-е гг., который применяется при обсессивно-фобических состояниях для контроля реакций предотвращения.

Выбор мыслей, подлежащих контролю, осуществляется при предварительной работе с клиентом. Наиболее распространенный вариант психокоррекции: в ходе сеанса клиенту предлагается закрыть глаза и проговорить контролируемую мысль. Без промежуточной паузы психолог резко и громко произносит слово «Стоп!», которое должно прозвучать неожиданно и даже испугать клиента. Эта процедура повторяется несколько раз с вариированием содержания проговариваемой мысли. Следующий этап: клиент произносит контролируемую мысль про себя, при этом поднимает вверх палец, когда мысль пришла отчетливые очертания. На это психолог реагирует немедленным воскликнанием «Стоп!». Процедура многократно повторяется. Далее клиента обучают выкрикивать слово «Стоп!» при намеренном воспоминании нежелательной мысли. Заключительный этап: клиент мысленно выкрикивает «Стоп!» при намеренном, а затем и при непроизвольном появлении нежелательной мысли. Процедура повторяется до тех пор, пока действия клиента не достигнут полного автоматизма. При возникновении трудностей в усвоении возвращаются на предшествующую ступень тренинга. У некоторых клиентов большой успех достигается при визуальном (в виде иллюзии), а не акустическом предъявлении стоп-сигнала. Вариантами методики являются применение в качестве стоп-сигнала резкого звонка над ухом клиента или самостоятельно выбранного им легкого болевого раздражителя для прерывания нежелательных мыслей.

Методика используется в течение дня всякой раз при появлении нежелательных мыслей-мишней. Кроме того, для поддержания уровня автоматизма клиент должен повторять упражнения самостоятельно по меньшей мере 2 раза в день по 5-10 минут.

Релизинг (releasing - англ. высвобождение) - методика, используемая для противодействия стрессу, возникающему в ситуации, когда индивид оказывается перед необходимостью немедленно заменить что-то, что быстро изменить трудно или невозможно. Целью перемены могут быть актуальное или предвосхищенное нежелательное событие, воспоминание о событии в прошлом, физическая потребность, которая не может быть удовлетворена, иными словами, практически всякий стимул, импульс, эмоция, стремление или ситуация, вызывающие психокоррекцию. Следствием этой компульсивной (трекожной навязчивости) потребности является чрезмерная

вовлеченност в достижение цели, сопровождаемая нарастанием внутреннего напряжения и тревоги. Осознание происходящего и его механизмов не обязательно ведет к устранению возникшего стрессового состояния. Ослабление его иногда может вызвать когнитивный сдвиг, отвлекающий индивида от чрезмерной вовлеченности в решение проблемы. Осознание того, что человек иногда оказывается замкнутым в порочный круг стресса, лежит в основе раза методик, используемых чаще в психокоррекционной группе. Клиенту помогают ослабить стремление избавиться от стресса любой ценой, которое, как правило, скорее усугубляет проблему, чем решает ее. Таким образом, он высвобождается от чрезмерной вязкости в проблемную ситуацию, от напряжения и обретает душевный покой.

Считается, что методика риллинга не предназначена заменить психокоррекцию, однако в некоторых случаях она может потенцировать ее действие, в особенности во время трудной фазы коррекции шаблонов непродуктивного поведения, с помощью психотерапевтически достигнутого интеллектуально инсайта. Отмечают сходство между методикой риллинга и когнитивной психотерапией поведения, убеждением и десенсибилизацией.

Программа упражнений риллинга направлена на снижение непродуктивных усилий по решению проблем. Всегда выявляется «подчеркивается чрезмерность вовлечения в проблемно-решающее поведение. Для клиента становится очевидным, что отказ от желания немедленно изменить какую-то одну вещь одновременно снимает необходимость заниматься целой сетью соотносящихся с ней факторов, переполняющих его оперативную память. Клиент убеждается, что, составив проблемы в покою, он не станет пассивным, не лишится мотивации к решению проблемы. Это важный пункт, поскольку многие заблуждаются, считая, что отказ от желания изменить равносителен отказу от желания конструктивного роста в целом. Существенная доля успеха риллинга основана на внушиаемости субъекта и вере в руководителя или учителя, рекомендующего такой путь мышления. Риллинг не пропагандируется как средство решения серьезных эмоциональных проблем, требующих более интенсивных лечебных подходов. Эта методика может в ряде случаев снизить уровень стресса субъектов, лишенных психодинамических механизмов защиты, что заставляет их продолжать неэффективное разрешение проблем.

Методика самонструктурирования направлена на оглашение клиентом типичного хода его мыслей, возникающих в процессе мотивации в проблемных с психологической точки зрения ситуациях, и обучение его «программированию» необходимого хода мыслей. Такое «программирование» включает: оценку ситуации в целом; оценку моментов, аспектов ситуации, на которых клиент должен концентрировать свое внимание; представление желаемого положения; оценку своих возможностей по преобразованию ситуации; представление о последовательности действий для достижения цели.

Обучение «программированию» проводится обычно в групповом варианте в сочетании с приемами десенсибилизации, развития социальной компетенции и игровой психотерапии.

Проекция во времени по Лазарусу. Идея приема заключается в том, что приятное представление будущего формирует прямой противовес негативным ожиданиям, спонтанно возникающим при депрессивных и фобических состояниях.

В ходе предварительной беседы психолог пытается выявить типы активности, которые были приятны клиенту до наступления депрессии, используя специальные испытывания радостных стимулов», определяет сцены или события, представление о которых может стать для клиента источником приятного переживания. Затем с помощью краткосрочного тренинга мышечной релаксации клиент вводится в состояние легкого мышечного расслабления. Психолог очень подробно описывает первую сцену, чтобы клиент как можно ярче и детальнее представил ее. Далее клиент стимулируется к тому, чтобы столь же ярко и живо, но уже самостоятельно представить вторую и последующую сцены. Психолог создает условия для проекции этих приятных представлений в будущее, способствуя: 1. Развитию приятных перспектив и появлению мыслей, связанных с возможным улучшением настоящего положения; 2. Приобретению клиентом опыта устранения подавляющих его в настоящее время забот. Появляется эмоциональный противовес спонтанно возникающим негативным переживаниям. В итоге период времени, который в представлениях был наполнен приятным содержанием, в целом оценивается как радостный и насыщенный отрезок жизни (фаза ретроспективного созерцания). Клиент получает инструкцию самостоятельно тренироваться в проекции во времени в определенные промежутки между психокоррекционными занятиями или при определенных ситуациях. В качестве содержания представлений используются не только любые доставляющие удовольствие типы активности, но и приятные результаты каких-то поведенческих стереотипов, выполнение которых на данный момент вызывает затруднение или тревогу.

Протоколная техника Левинсона включает ежечасное фиксирование клиентом деятельности, которой он занимается, с одновременной оценкой своего настроения. В психолигностическом плане создает предпосылок для выявления факторов, стимулирующих нарастание нежелательных состояний клиента, в психокоррекционном - основу для преодоления прежде всего состояния пассивности и пониженного настроения.

4. МОТИВАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ

Личностная патопсихологическая мотивация добровольной смерти вследствие «отрицательного жизненного баланса» на фоне инфантильных психологических установок обусловлена содержанием болезненных переживаний, направленность на собственную смерть чаще не осознается

[30]. В таких случаях рекомендуется проведение мотивационного тренинга с созданием установки на мотив сохранения жизни и решения проблем.

В основу концепции мотивационного тренинга положено представление о том, что тренер должен быть мотивирующим. После тренинга его участники должны не только уметь использовать то новое, что получили в тренинге, но и стремится использовать новое значение и новый опыт.

Принципы мотивационного тренинга

Наименование принципа	Формы реализации принципа	Эффект действия принципа
1.Метафорическая биодеградация	Экспериментирование с двигателями поведения животных, растений, бактерий	Концентрация на проблеме использования живой энергии природных мотивов
2.Мотивирующая сила	Работа с новым и необычным материалом. Ролевые игры и управления, вызывающие реальную активацию мотивов	Повышение мотивации к участию в тренинге
3.Парadoxальность	Экспериментирование с парадоксальными закономерностями мотивации. Создание атмосферы карнавала, игры	Переживание игры природных сил в самом себе и других людях. Испытание участниками на самих себе силы терроризма и различных видов таксисов. Прояснение условий эффективности парадоксальных мотивационных механизмов.
4.Образность	Создание, использование и развитие образов, метафор, схем, символов	Более глубокое понимание, усвоение и запоминание материала. Постижение внутренней гармонии изучаемых феноменов. Открытие нового благодаря особой проницательности образов.
5.Баланс комфорта и дискомфорта	Создание благоприятной психологической атмосферы	Отказ от традиционного «лабораторного» знания о связи между

	взаимодействия в группе плюс отказ от поисков облегчить деятельность участников плюс внесение дополнительных затруднений в деятельность участников.	удовлетворенностью и эффективностью работы. Обретение нового инструмента саморегуляции: «Мне дискомфортно? Отлично! Используем великую мотивирующую силу дискомфорта!»
6.Направленность на применение результатов на практике	Предъявление жизнеутверждающих задач, ситуаций. Ссылки на данные, полученные в науке. Ссылки на прошлый опыт решения тренинга.	

1. Обращение к двигателям поведения у животных и растений выполняет роль открывателя нового мира, неожиданного и привлекательного. Это притягивает внимание, дает толчок к исследованию, к попыткам понять и научится использовать то, что ранее было за пределами привычного поля зрения.

2. Обращение к мотив-зоологии и мотив-ботаники само по себе мотивирует, в этом реализуется второй принцип тренинг-мотивирующей силы.

3. Принцип парадоксальности: – разве не парадоксально преобразование силы ветра в муку? Не параллельны формы и проявления сил природы? Аналогичным образом, парадоксальна изменчивость мотивационной стихии, ее противоречивость, ее кипрсы и бури, ее способность преобразовываться в целесообразную, упорядоченную, в главное -продуктивную, деятельность только потому, что вовремя и в нужном направлении были повернуты парус или крыло мельницы.

4-й принцип-образность: Явления, изучаемые и испытываемые в тренинге, должны быть обязательно отражены в рисунках и схемах, метафорах и символах. Это помогает не только понять, усвоить и запомнить, но и почувствовать внутреннюю гармонию феномена или объясняющего его принципа, развить его, открыть новое. Например, когда участнику предлагается нарисовать силуэт паразитов собственного окружения, он может картику осознать, что «деревом», производящим «плоды», является кто-то другой, а он сам паразитирует на этом человеке, хотя за подчаса до этого ему казалось, что на нем паразитируют другие.

В мотивационном тренинге «безумные» вопросы тренера содержат не только налепные формулировки, но прежде всего, налепные образы, ножкающиеся в объяснении, так как самому автору этих образов

непонятно, что имеется в виду. Например: «Вот у меня в тетради нарисовано растения с ножками, которые идут за лидером. А что это значит, я уже не помню...». Участники должны расшифровать и объяснять образы или «непонятные записи».

5-й принцип: Баланс комфорта и дискомфорта. Суть его состоит в том, что в целом атмосфера в группе должна быть комфортной, удобной, безопасной и даже веселой. Таким образом, стратегический принцип в тренинге – комфортность. Однако, тактически, в отдельные моменты тренинга, у участников должен возникать дискомфорт. Причинами его могут стать неуспешные попытки решить задачу, выполнить инструкцию, добиться позитивного результата любого рода или получить от тренера «правильный» ответ. Этим могут быть и еще больше трудности, например, необходимость записывать что-то в неудобных условиях, прямо на коленях, писать левой рукой, выполнять задание в шумном помещении и т.д. Назначение всех этих трудностей – в том, чтобы помочь участникам почувствовать «великую мотивирующую силу дискомфорта».

6-й принцип: направленность тренинга на применение результатов на практике. Этот принцип призван помочь участникам перенести полученный опыт на практику. Для людей всегда важен «сухой остаток».

Задача тренера – создать такие условия, чтобы участники смогли испытать на себе действие мотивационных сил, затем научиться управлять ими, а после этого – научиться использовать этими силами свободно проявляться и специально вызывать их, когда это помогает добиться максимального результата.

Структура тренинга отражает логику этой трехступенчатой задачи.

День 1. Погружение в стихию.

Логика первого дня:

- Продемонстрировать действие стихийных мотивационных сил в отдаленной от реальности игре;
- Помочь участникам использовать эти силы в приближенной к реальности игре;
- В заключение вернуться в реальный мир.

День 2. Управление стихией.

Логика второго дня:

- Систематизировать стихийные мотивационные силы путем создания их классификации;
- Развить навыки эффективного использования стихийных мотивационных сил;
- Определить удельный вес стихийных сил при заключении и выполнении договора.

День 3. Слияние со стихией.

Логика третьего дня:

- Способствовать осознанию своего места в «биосистемах» социальных организмов;

- Помочь испытать парадоксальные мотивирующее действие дискомфорта, паразитизма, напряжение нерешенной задачи;
- Развить возможности согласования противоречивых побуждений и стратегического самоуправления.

6. ТРЕНИНГ ОБЩЕНИЯ

В структуре посттравматического стрессового расстройства наиболее ярко выражены такие дезадаптационные реакции как чувство вины, подозрительность, негативизм; менее выражены обида, физическая агрессия, раздражение, которые могут привести к аутоагрессивному поведению.

В основе была специально разработанная программа тренинга общения (автор Г.Борщевая, 1995г.) [5] с использованием психотехнологий гештальттерапии, психодрамы, Роджерса и др. Тренинг общения используется как специальный психотерапевтический метод групповой работы с участниками локальных конфликтов, особенность данного метода – достаточно глубокое проникновение во внутренний мир личности, чем достигается определенная диагностическая информация о проблемах участника, а также их психологическая коррекция.

Можно обозначить следующие этапы изменения психомоционального состояния участников тренинга

- I Напряжение, отчужденность, скованность
- II Проявление интереса
- III Проговаривание проблем
- IV Прорабатывание проблем
- V Положительное состояние, проявление добрых чувств

Характерные упражнения:

- I этап (с целью определения состояния, проблем)
Упражнение "Рассказ о своей жизни в режиме стресса"
Гештальт-упражнение "Предмет-визитка"
- II этап (снятие чувства вины)
Упражнение "Рассказ о первой встрече"
Упражнение "Тюрьма"
Упражнение "Таможня"
Упражнение "Мой жизненный путь"
- III этап (снятие чувства раздражения, негативизма, подозрительности)
Гештальт-упражнение "Уровень счастья"
Беседа об эмпатии (по К. Роджерсу)
Гештальт-терапевтическое упражнение "Ты бы меня понял"
Гештальт-упражнение "Белые и черные стулья"
- IV этап (принятие телесных сигналов)
Телесноориентированные упражнения "Оживление трупа"
Телесноориентированные упражнения "Восковая палочка".

"Что я чувствую, когда мне плохо? И что мне помогает, когда плохо?"
(по К.Роджерсу)

Социодраматическое упражнение "Африка"

Психодраматическое упражнение "Комната" и др.

V этап (развитие чувства эмпатии)

Гештальтерапевтические упражнения "Я самый лучший", "Я люблю себя", "Мудрец", "Метафоры", "Корзинка чувств", "Королевство" и др.

Вся работа в тренинге заканчивается формированием ближайших перспектив достижения:

- а) во внутренностной сфере
- б) в межличностной сфере
- в) в профессиональной сфере.

Отмечаемые в отчетах эффекты тренинга можно разделить на две большие группы: это изменения в сфере общения, главным образом с родственниками, со сверстниками и индивидуальные, личностные изменения членов группы. Большинство участников после тренинга находятся в гармонизированном эмоциональном состоянии, испытывают добрые чувства, отказываются от суицидальных намерений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в методических рекомендациях представлены особенности кризисных ситуаций и суицидального поведения, а также социальные, психологические и личностные факторы, способствующие суицидальному поведению. Представлены аспекты суицидального поведения при психической и соматической патологии, подчеркнута взаимосвязь суицида с состоянием иммунной системы.

Методические рекомендации содержат подробное описание методов оказания психотерапевтической помощи при кризисных состояниях и суицидентам, и существенно обогащают арсенал возможностей психотерапевта и врачей смежных специальностей. Эффективные технологии психотерапии и психокоррекции, представленные в методических рекомендациях, позволяют в короткие сроки достигать значительных результатов в лечении и профилактике суицидальных тенденций при аддиктивных и невротических расстройствах. Теоретической основой методов являются гештальтерапия, гештальттерапия, когнитивно-аналитическая модель психотерапии, применение которых дает возможность установления антисуицидальных мотивов. Методы могут использоваться самостоятельно или в комплексе с любыми другими видами психотерапии, психокоррекции и психофармакотерапией.

Для осуществления перечня работ, представленных в методических рекомендациях, необходимо:

- повышение уровня психологической подготовки специалистов, родителей;
- увеличение численности психологов, владеющих знаниями возрастной патопсихологии и психотерапии;
- создание различных форм психологической помощи: территориальных психологических консультаций, включающих в свою структуру психиатра, психотерапевта, юриста и других специалистов; телефона доверия для лиц, нуждающихся в психологической помощи при кризисных состояниях и др.

К перспективам дальнейших исследований в данном направлении можно отнести разработку и внедрение в клиническую практику пришкольных методов комплексного лечения аутоагрессивного поведения. В настоящее время в связи с «играпространственностью» квалифицированной психотерапевтической помощи, её применение в суицидологии ограничено. Вне поля зрения специалистов оказывается основная масса суицидентов, считающих себя психически здоровыми людьми, вероятность рецидивирования аутоагрессивного поведения у которых в дальнейшем очень высока. Поэтому распространение методов оказания квалифицированной помощи при суицидальном поведении реально позволит снизить уровень рецидивирования аутоагрессивного поведения среди населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов Д.С. Практические рекомендации по профилактике суицидального поведения в ОВД // Материалы конференции УССО СКО «Аутоагрессивное поведение сотрудников ОВД». 2009 г.
2. Акимов Г. В. и др. (ред.) Методы профилактики суицидального поведения. – Самара-Ульяновск, 1998.
3. Амбрумова А. Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980.
4. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Миклин А.С. Предупреждение самоубийств. – М., 1980.
5. Бек А., Рац А. И др. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003.
6. Ваисс С.Б. Наркотическая и алкогольная зависимость. Практическое руководство по реабилитации детей и подростков. – СПб.: Наука и техника, 2008. – 272 с.
7. Ведрин Ж., Вебер Д. Можно ли оценить риски суицида? // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2004. № 3. – С. 69–72.
8. Гильинский Я.И. Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением. – М., 1989.
9. Гильинский Я.Н., Юнацкевич Я.И. Социологические и психологические основы суицидологии. – СПб., 1999.
10. Голант М., Голант С. Если тот, кого вы любите, в депрессии. Помоги себе - помоги другому. – М.: Институт психотерапии, 2001.
11. Горская М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков// Вестник психосоциальной работы.- 1994. - №1. - С.44-52.
12. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации /Сост. А.Г.Амбрумова, В.А. Тихоненко. – М., 1981.
13. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / Сост. А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. – М., 1980.
14. Дюргейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. – М., 1994.
15. Дюргейм Э. Самоубийство // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. - М., 2001. - с. 241.
16. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости. – М.: Дели принт, 2004. – 288 с.
17. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков. Справочное пособие. Мн., 1999.
18. Коншиук Н. В. Первый психотерапевтический контакт после суицида. Психотерапия и психопрофилактика. – Л., 1983.
19. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.
20. Литвак М.Е., Мироевич М.О. Как преодолеть острое горе. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.
21. Личко А.Е. Психоанализ и акцентуации характера у подростков. - М., 1983
22. Лукас К., Себден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. – М.: Смысл, 2000.
23. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М., 1999.
24. Павлова, И.М. Психопрофилактика и психокоррекция суицидального поведения учащихся юношеского возраста: метод. пособие / И.М.Павлова, Т.Н.Карнович. - Мн.: РИПО, 2005. – 50 с.
25. Погодин, И.А. Психология суицидального поведения. – Мин., 2005.
26. Попницук Ю.И. О спорном понимании самоубийства как антропологического явления // Вопросы психологии. М., 1994. № 1. С. 128–130.
27. Помро К. Суицидальное поведение в юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2005. - № 3. С. 63–68.
28. Пурин-Пейкович Й., Дунинч Д. Й. Самоубийство подростков. – М.: Медицина, 2000.
29. Пуховский И.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. – М.: Академический проект, 2000. – 286 с.
30. Сидоренко Е.В. Мотивационный тренинг. – СПб.: Речь, 2000. – 234 с.
31. Старшенбаум Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии. Методическое рекомендации. – М., 1987.
32. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия, – М., 2005. – 376 с.
33. Суицидология: прошлое и настоящее: Сб. статей /Сост. А.Н. моховиков. – М., 2001.
34. Телефон доверия в системе социально-психологической службы. – М., 1988.
35. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М., 1990.
36. Хухлаева, О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академика», 2001. – 298 с.
37. Шнейдман Э.С. Душа самоубийца: Пер. с англ. – М., 2001.
38. Шустов Д.Н. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: «Когито-Центр», 2004. – 214 с.

Оглавление

Введение	4
1. Связь суицида с различными факторами	5
2. Самоубийство и психические расстройства	7
3. Самоубийство и соматические заболевания	9
4. Иммунная система и суицид	9
5. Психологические особенности человека в состоянии суицидального кризиса	10
6. Существующие подходы к психотерапии аутоагрессивного поведения	15
7. Принципы и методы кризисной терапии	15
8. Специфические методы психотерапии аутоагрессивных тенденций	17
8.1. Специфические методы психотерапии аутоагрессивных тенденций при алкоголизме	17
8.2. Алгоритм психотерапии	18
II. Основная часть	23
1. Профилактика аутоагрессивного поведения	19
1.1. Профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме	19
1.2. Формы профилактики юношеской суицидальности	19
1.3. Профилактика сумаслов в учреждениях образования	20
1.4. Рекомендации для тех, кто рядом с человеком, склонным к суициду	20
1.5. Тренинг по профилактике суицидального поведения	21
1.6. Профилактическая беседа при суициде	29
1.7. Рекомендации психотерапевту при работе с суицидентом	34
1.8. Терапевтический алгоритм заключения антисуицидального контракта	34
2. Показания к выбору основного терапевтического направления	35
3. Методы кризисной психокоррекции	41
4. Мотивационный тренинг	46
5 Тренинг общения	50
Заключение	52
Литература	53
Оглавление	55