

Мифы и факты о суициде (Моховиков, 2001):

1. Миф: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание.

Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

2. Миф: человек совершает самоубийство без предупреждения.

Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

3. Миф: склонность к самоубийству наследуется.

Склонность к самоубийству не передается генетически.

4. Миф: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества — среди политиков, писателей, артистов и т. п.

Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

5. Миф: все суицидальные личности страдают психическими расстройствами.

Не все люди, совершающие суицид, психически больны.

Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

6. Миф: разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни.

Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной. Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

7. Миф: если человек совершил суицидальную попытку, значит он всегда будет суицидальной личностью, и в дальнейшем это обязательно повторится.

Суицидальный кризис обычно носит временный характер, не длится всю жизнь. Если человек получает помощь (психологическую и другую), то он, вероятнее всего, сможет решить возникшие проблемы и избавиться от мыслей о самоубийстве.

8. Миф: люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить.

Подавляющее большинство людей с суицидальными намерениями колеблются в выборе между жизнью и смертью. Они скорее стремятся избавиться от непереносимой душевной боли, нежели действительно хотят умереть.

9. Миф: мужчины пытаются покончить жизнь самоубийством чаще, чем женщины.

Женщины совершают суицидальные попытки приблизительно в 3 раза чаще, чем мужчины. Однако мужчины убивают себя приблизительно в 3 раза чаще, чем женщины, поскольку выбирают более действенные способы, оставляющие мало возможностей для их спасения.

10. Миф: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана.

Не всегда так происходит. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

11. Миф: человек может покончить с собой под воздействием обстоятельств даже в хорошем расположении духа.

В хорошем настроении с жизнью не расстаются, зато депрессивное состояние, как правило, рождает мысли о самоубийстве.

12. Миф: не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом.

Зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

13. Миф: суицид — редкое явление.

В Северной Америке суицид входит в число десяти основных причин смерти (для детей и юношества это одна из двух основных причин смерти). Мысли о самоубийстве приходят почти половине населения Соединенных Штатов. Суицидальные попытки совершают 1 из 250 человек. Фактически число суицидальных попыток может быть и гораздо больше, так как некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

14. Миф: Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить.

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.

Суицид - форма кризисного реагирования, в основе которой чаще всего лежит переплетение острого психологического кризиса, индивидуальных особенностей и качеств и провоцирующих внешних обстоятельств. **Кризис** возникает в ситуациях, когда усвоенных ранее образцов поведения недостаточно для совладания с обстоятельствами. Ситуация кризиса требует выработки новых способов поведения и нахождения новых смыслов жизнедеятельности. **Под суицидоопасным кризисом** понимается острый психологический кризис такого масштаба и интенсивности, что весь предыдущий жизненный опыт человека не может подсказать выхода из ситуации, которую он считает невыносимой, и сопровождающийся острым эмоциональным состоянием.

Состояние суицидента:

- Туннельное состояние сознания – концентрация на своей боли;
- Ощущение полного одиночества;
- Потребность в установлении неформального, доверительного, «теплого» контакта;
- Потребность в сопереживании, эмоциональной поддержке;
- Сосредоточение внимания на неодолимых трудностях в жизни, на мыслях об отсутствии потенциальных возможностей решения возникших проблем;
- Замкнутость, стремление к уединению, вплоть до полной изоляции, утрата интереса к окружающему;

Основные суицидальные факторы:

- потеря значимого другого, болезнь, смерть близких или ребенка;
- развод, несчастная любовь;
- измена, ревность, конфликты в семье;
- физическое насилие, сексуальное насилие, психическое насилие (шантаж, угрозы, оскорбления);
- дефолт, вынужденная миграция, безработица;
- профессиональная несостоятельность;
- социально-экономические затруднения, долговые обязательства;
- затруднения в поиске партнера, установлении межличностных отношений, социальная изоляция;
- одиночество, тоска, усталость;
- нежелательная беременность;
- постановка психиатрического/соматического диагноза, получение тяжелой инвалидности;
- раскаяние в преступлении, страх наказания, тюремного заключения;
- религиозные мотивы;

- подражание кумиру;
- увольнение, потеря высокого поста, исключение из учебного заведения;
- публичное унижение, коллективная травля;
- проигранная война, неудачный мятеж;
- трудности адаптации военнослужащих к условиям воинской деятельности (впервые и последние 6 месяцев службы), неуставные отношения и т.д.

Виды личностного смысла действий по лишению себя жизни:

1. **Протест.** Протест возникает в ситуации конфликта с враждебным объектом, на который направлено суицидальное воздействие.

2. **Мсть.** Форма протеста, заключающаяся в нанесении конкретного ущерба врагу. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки, активную позицию личности с трансформацией гетероагрессии в аутоагрессию.

3. **Призыв.** Призыв обусловлен желанием активизировать помощь извне с целью изменения ситуации; позиция личности при этом менее активна.

4. **Избегание.** Путем избегания наказания или страданий, личность ликвидирует непереносимость угрозы, путем самоустранения, сохраняя при этом высокую самооценку.

5. **Самонаказание.** Самонаказание имеет два варианта искупления вины: «казнь подсудимого» или уничтожение «жестокосудного» (Супер-Эго).

6. **Отказ.** При суицидах «отказа» цель самоубийства и мотив деятельности максимально сближаются. Лишение себя жизни мотивируется отказом от существования, который может выражать утрату смысла жизни, отчуждение, «экзистенциальный вакуум».

Общие антисуицидальные факторы выражаются в следующих конкретных формах:

- эмоциональная привязанность к значимым близким;
- поддержка семьи и друзей;
- выраженное чувство долга: обязанности по отношению к собственным детям, родителям, близким, профессиональный долг и т.д.;
- боязнь причинить себе физическое страдание;
- наличие эстетических критериев – нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти;
- представление о позорности и греховности суицида; учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих,
- наличие разнообразных жизненных, творческих, деловых, семейных, профессиональных и других планов и замыслов;
- опыт совладания с проблемами.

Общая схема экстренной психологической помощи при попытке самоубийства:

1. Сбор информации; принятие решения о том, кто и какую помощь будет оказывать;
2. Оценка летальности (оценка вероятности совершения попытки самоубийства);
3. Присоединение к суициденту;
4. Поиск и актуализация ресурса;
5. Стадия «выслушивания»;
6. Стадия «поворота на 180°»;
7. Завершение ситуации.

Основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков (Моховиков, 2001а):

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
2. Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
3. Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
4. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
5. Боязнь позора, насмешек или унижения.
6. Страх наказания, нежелание извиниться.
7. Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
8. Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.
9. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
10. Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

К особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся (Амбрумова, Жезлова, 1978):

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегам из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т. д.

4. В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых.

Признаки депрессии у детей и подростков (Моховиков, 2001а)

Дети	Подростки
Печальное настроение	Печальное настроение
Потеря свойственной детям энергии	Чувство скуки
Внешние проявления печали	Чувство усталости
Нарушения сна	Нарушения сна
Соматические жалобы	Соматические жалобы
Изменение аппетита или веса	Неусидчивость, беспокойство
Ухудшение успеваемости	Фиксация внимания на мелочах
Снижение интереса к обучению	Чрезмерная эмоциональность
Страх неудачи	Замкнутость
Чувство неполноценности	Рассеянность внимания
Негативная самооценка	Агрессивное поведение
Чувство «заслуженной отвергнутости»	Непослушание
Низкая фрустрационная толерантность	Склонность к бунту
Чрезмерная самокритичность	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Сниженная социализация, замкнутость	Плохая успеваемость
Агрессивное поведение, отреагирование в действиях	Прогулы в школе

«Выявление ресурсов клиентов»

Все люди обладают какими-либо ресурсами — это навыки, способности, интересы, достойные восхищения черты характера и т. д. Они могут быть в той или иной степени использованы при разрешении проблемы. Однако эти ресурсы могут остаться и незамеченными, если психотерапевт намеренно не сфокусирует внимание на них. Можно задавать прямые вопросы: «Есть ли что-то такое, что вам хорошо удается? Как можно было бы использовать это ваше умение для разрешения данной проблемы?» Техника подобных вопросов позволяет выявить, каким образом человеку удастся совладать со своими проблемами, противостоять их давлению.

Образцы вопросов:

• Если бы мне пришлось пройти через то, через что прошли вы, я бы, наверное, не выжил. Как вам удалось выжить? Откуда у вас взялись силы?

• Вам так долго удавалось избегать этой проблемы. Какие ресурсы вы для этого использовали?

• Есть ли что-то такое, что вам хорошо удается? Как можно было бы использовать это ваше умение для разрешения данной проблемы?

• Какая у вас самая хорошая черта характера? Как вы использовали эту черту характера в подходе к этой проблеме? Что еще можно сделать, что позволило бы вам применить эту вашу сильную сторону для решения проблемы?

• Существуют ли похожие проблемы, которые вам приходилось решать до этого? Могли бы вы подумать о том, как использовать аналогичное решение в данном случае?

• Кто, по-вашему, мог бы разрешить эту проблему? Как вы себе представляете, что бы он сделал?

Копинг-стратегии

Интересной представляется расширенная классификация копинга, которую предложили американский исследователь К. Гарвер и его сотрудники [Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach //Journal of Personality and Social Psychology. 1989. V. 56. P. 267-283.]. По их мнению, наиболее адаптивными копинг-стратегиями являются те, которые направлены непосредственно на разрешение проблемной ситуации.

К таким копинг-стратегиям авторы отнесли следующие:

1. «Активный копинг» – активные действия по устранению источника стресса;
2. «Планирование» – планирование своих действий в отношении сложившейся проблемной ситуации;
3. «Поиск активной общественной поддержки» – поиск помощи, совета у своего социального окружения;
4. «Положительное истолкование и рост» – оценка ситуации с точки зрения ее положительных сторон и отношение к ней как к одному из эпизодов своего жизненного опыта;
5. «Принятие» – признание реальности ситуации.

Другой блок копинг-стратегий, по мнению авторов, также может способствовать адаптации человека в стрессовой ситуации, однако он не связан с активным копингом.

К таким стратегиям совладания относятся:

1. «Поиск эмоциональной общественной поддержки» – поиск сочувствия и понимания со стороны окружающих;
2. «Подавление конкурирующей деятельности» – снижение активности в отношении других дел и проблем и полное сосредоточение на источнике стресса;
3. «Сдерживание» – ожидание более благоприятных условий для разрешения ситуации.

Третью группу копинг-стратегий составляют те, которые не являются адаптивными, однако, в некоторых случаях, помогают человеку адаптироваться к стрессовой ситуации и справиться с ней.

Это такие приемы преодоления как:

1. «Фокус на эмоциях и их выражение» – эмоциональное реагирование в проблемной ситуации;
2. «Отрицание» – отрицание стрессового события;
3. «Ментальное отстранение» – психологическое отвлечение от источника стресса через развлечения, мечты, сон и пр.;
4. «Поведенческое отстранение» – отказ от разрешения ситуации.

Отдельно К. Гарвер выделяет такие копинг-стратегии как «обращение к религии», «использование алкоголя и наркотиков», а также «юмор».

Варианты копинг-поведения по методике Э. Хейма:

Виды копинг-поведения были распределены Хеймом на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.

Адаптивные варианты копинг-поведения

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

- «проблемный анализ» («Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»),
- «установка собственной ценности» («В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными»),
- «сохранение самообладания» – формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

- «протест» («Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую»),

- «оптимизм» – эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

- «сотрудничество»(«Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»),

- «обращение»(«Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом»)

- «альтруизм» – под которыми понимается такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает ее близким в преодолении трудностей.

Неадаптивные варианты копинг-поведения

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

- «смирение»(«Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться»)

- «растерянность» («Я не знаю, что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»),

- «диссимуляция» («Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо»)

- «игнорирование» – пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

- «подавление эмоций»,

- «покорность» («Я впадаю в состояние безнадежности»),

- «самообвинение»,

- «агрессивность» – варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

- «активное избегание»(«Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях»),

- «отступление» – поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

Относительно адаптивные варианты копинг-поведения, конструктивность которых зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления.

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

«относительность» («Я говорю себе: по сравнению с проблемами Других людей мои – это пустяк»)

- «придача смысла» («Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»),
- «религиозность» – формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

- «эмоциональная разрядка» («Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»),
- «пассивная кооперация» – поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

- «компенсация» («Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)»),
- «отвлечение» («Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях»),
- «конструктивная активность» – поведение, характеризующееся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело, путешествия, исполнения своих заветных желаний.

Некоторые исследователи пришли к тому, что стратегии лучше всего сгруппировать в копинговые стили, представляющие собой функциональные и дисфункциональные аспекты копинга. Функциональные стили представляют собой прямые попытки справиться с проблемой, с помощью других или без нее, в то время как дисфункциональные стили связаны с использованием непродуктивных стратегий.

Амбрумова А.Г., Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике. Методические рекомендации

Опыт показывает, что, для достижения своих целей, неотложная помощь должна соответствовать следующим принципам:

1. установление взаимоотношений «сопереживающего партнерства» в самом начале беседы; эмоционально-нейтральный контакт, допустимый при долгосрочном воздействии, не эффективен при купировании суицидоопасных состояний;

2. Направленность воздействий на суицидогенные переживания, в первую очередь, на переживание безнадежности, пессимистическую оценку будущего;

3. направленность помощи, прежде всего, на когнитивную сферу; помощь в усвоении новой информации, оценке актуальной ситуации, выработке плана действий, его реализации, внесении коррективов;

4. направленность на активацию личностных резервных возможностей пациента;

5. соблюдение последовательности этапов беседы и оказания помощи в целом, т. к. именно эта последовательность противопоставляется аффективной дезорганизации пациента и является важным фактором уменьшения эмоционального напряжения;

6. соблюдение анонимности пациента: анонимность повышает доверительность при обсуждении личных и интимных проблем, усиливает чувство безопасности, уменьшает переживания беспокойства и уязвимости.

Наибольший объем психотерапевтической работы приходится на первую беседу с пациентом; эту беседу, имеете с одной либо двумя последующими ввиду их напряженности, насыщенности и длительности, мы называем неотложной интенсивной помощью. В ходе первого контакта врачу необходимо решить несколько задач:

1. уменьшить эмоциональное напряжение до уровня толерантности;
2. купировать суицидогенные переживания;
3. мобилизовать пациента на преодоление трудных обстоятельств;

4. подготовить пациента к возможным новым психотравмирующим событиям в ходе данного кризиса и к адекватной реакции на них;

5. усилить мотивацию к дальнейшему получению психотерапевтической помощи, переключив часть внимания пациента с ситуационных проблем на внутриличностные.

Все эти задачи взаимосвязаны, т. к. одно лишь восстановление эмоционального равновесия, без выработки конкретного плана разрешения неблагоприятной ситуации, не снижает вероятность суицидальных действий. Первый психотерапевтический контакт с острым кризисным пациентом складывается из нескольких последовательных этапов, каждый из которых предполагает свою специфическую задачу и соответствующий спектр психотерапевтических методов и приемов. **Начальный этап беседы** призван сообщить обратившемуся уверенность в том, что он обратился именно в ту службу, которая и предназначена для оказания помощи и поддержки в трудных житейских ситуациях, что терапевт обладает как доброжелательностью, так и необходимыми профессиональными знаниями и жизненным опытом. Главная задача этого короткого, но важного этапа неотложного воздействия — убедить обратившегося в эмоциональном «принятии», сочувствии и готовности к пониманию. Тем самым уменьшается степень эмоциональной напряженности пациента, ему предоставляется возможность более откровенно говорить о своей ситуации и переживаниях, включая и те аспекты, которых он по каким-либо причинам стыдится. Эмоциональное «принятие», сочувствие, готовность к пониманию купируют выраженное при суицидоопасных состояниях переживание одиночества. В необходимых случаях высказывания психотерапевта должны носить характер «сострадательной эмпатии» — сопереживания (кризисы, вызванные необратимой утратой «значимого другого»).

Приемы, используемые на первом этапе — это приемы, способствующие установлению контакта и коммуникации: предоставление пациенту своего времени, внимания и участия.

Второй этап неотложной ПТ посвящен сбору информации о личности пациента и его актуальной ситуации. При неотложном воздействии этот этап обладает не только диагностическим, но и непосредственным, часто решающим психотерапевтическим значением (в отличие от традиционной, долгосрочной помощи, при которой сбор информации лишь опосредованно влияет на эффективность терапии). Прежде всего выясняются социально-демографические характеристики пациента и других вовлеченных в кризисную ситуацию лиц, их положение в микросоциальной группе. Вербализация пациентом данных о его

возрасте, профессии, образовании, семейном статусе и т. д., актуализируя в сознании представления о принадлежности к определенной группе, способствует преодолению нарушений личностной идентификации, особенно выраженных при ситуационных реакциях дезорганизации (прием «усиление личностной идентификации»). Затем терапевт устанавливает последовательность событий, в результате которых сложилась актуальная критическая ситуация. При этом пациент в своем рассказе склонен уделять особое внимание психотравмирующим, болезненным для него моментам, связанным с наивысшим эмоциональным напряжением (эта особенность наиболее выражена у лиц с истероидным радикалом — «самовзвинчивание»). Терапевту же необходимо активно преодолевать эту тенденцию, формируя в сознании пациента объективную картину процесса дезадаптации в его развитии (прием «структурирование ситуации»). Во многих случаях кризисному пациенту представляется, что данная неблагоприятная ситуация могла сложиться только у него, в силу его личностных недостатков и ошибочных действий; терапевт должен тактично подчеркнуть, что аналогичные ситуации встречаются в жизни многих людей (прием «преодоление исключительности ситуации»). Важно выяснить, почему пациент обратился к врачу именно в данный момент времени, какое событие внезапно изменило сложившиеся обстоятельства и побудило обратиться за помощью. При острых суицидоопасных состояниях неблагоприятная ситуация, вследствие искажений когнитивных процессов, часто воспринимается личностью как неожиданная, внезапная, непреодолимая и безнадежная; раскрывая ее структуру и динамику, терапевт тем самым помогает пациенту осознать, что эта ситуация сформировалась на протяжении определенного периода времени, тесно связана с какими-то предшествующими событиями на жизненном пути пациента и, следовательно, может быть изменена в благоприятном для него направлении. Таким образом, актуальный кризис связывается с предыдущей жизнью пациента (прием «включение в контекст»). Часто критические обстоятельства представляются пациенту требующими немедленного, неотложного решения; в таких случаях нужно подчеркнуть, что у пациента есть время на обдумывание, на принятие решения (прием «снятие остроты»). Устанавливая связь актуального кризиса с предшествующим периодом жизни, пациент, как правило, осознает, что лица, в настоящее время вовлеченные в конфликт, ранее поддерживали с ним доброжелательные, часто близкие отношения; следовательно, эти отношения могут быть восстановлены. В процессе беседы часто выясняется, что аналогичные критические ситуации возникали у пациента и раньше, но он находил способы их преодоления. Терапевту необходимо установить Причины, в силу которых пациент в настоящее время не может использовать эти способы. Терапевт должен «получить также исчерпывающие сведения о близких пациенту лицах, не

связанных с данной критической ситуацией. Получение таких сведений представляет определенную трудность, т. к. все внимание пациента сосредоточено на тех, кто вовлечен в кризис. Между тем, часто именно лица первой группы (родственники, друзья, сослуживцы) являются теми резервными источниками поддержки и помощи, которые помогут пациенту преодолеть данный кризис. В способе организации сообщаемой пациентом информации отражается и его эмоциональное состояние. Часто пациент упускает весьма существенные эпизоды, подробности и детали ситуации, иногда забывает сообщить о некоторых участниках конфликта. Такие нарушения внимания и памяти свидетельствуют о значительном эмоциональном напряжении. Слушая рассказ пациента о его актуальной ситуации, о предшествующем жизненном пути, об окружающих его людях, терапевт формирует представление о личности обратившегося, его потребностях и интересах, его системе ценностей, его жизненной позиции. При правильном проведении беседы пациент, сообщая о своих жизненных удачах и достижениях, трудностях, которые ему пришлось преодолеть, лучше осознает себя как личность, способную к реализации продуктивного жизненного пути — «терапия успехами и достижениями». Структурирование беседы с деликатным подчеркиванием определенных достижений пациента позволяет провести «терапию успехами» как с помощью косвенной суггестии, являющейся, как известно, очень эффективным психотерапевтическим приемом и обладающей стойкостью воздействия. При выяснении характера и глубины суицидальных переживаний терапевту нужно стремиться к тому, чтобы пациент открыто вербализировал свои суицидальные намерения; наш опыт показывает, что такое открытое высказывание аутоагрессивных замыслов, способствуя повышению ответственности пациента за свое поведение и появлению критического отношения к суицидальным переживаниям, уменьшает вероятность их осуществления. Во многих случаях кризисный пациент, сообщив врачу всю значимую, с его точки зрения, информацию, в результате искажений апперцепции и когнитивных процессов, испытывает трудности в осмысливании ситуации. Терапевт должен высказать точную формулировку переживаемого пациентом кризиса — прием «формулировка кризиса»; в некоторых случаях уместно подчеркнуть право пациента самому распоряжаться своей жизнью — «терапия ответственностью». Этот прием, редко используемый при долгосрочном терапевтическом процессе, где желательно, чтобы пациент сам определил свои проблемы, является эффективным при оказании помощи лицам, переживающим острый ситуационный кризис. Он позволяет пациенту, во-первых, интеллектуально овладеть происходящим; во-вторых, точная формулировка терапевтом ситуации создает у пациента представление, что, какой бы трудной ни была его проблема,

она может быть понята, и терапевт ее понимает. Тем самым терапевт уменьшает суицидогенные переживания одиночества: и беспомощности. На всем протяжении второго этапа беседы широко используются приемы, поддерживающие и углубляющие контакт и коммуникацию.

Наиболее важными из них представляются следующие: **Повторение содержания высказывания**: этим приемом психотерапевт сообщает пациенту, что внимательно слушает его и правильно понимает. Прием позволяет пациенту в случае, его неправильно поняли, уточнить или переформулировать свое сообщение. **Отражение эмоций** — выделение эмоционального компонента какого-либо факта и сообщение его пациенту, например: «Представляю, какое горе охватило Вас, когда Вы узнали, что болезнь ребенка серьезна». Прием стимулирует более открытое проявление эмоций; особенно показан в случаях, когда пациент испытывает тоску, подавленность, обиду.

Означивание ситуации или переживания — выделение из высказываний пациента их основного значения, содержащегося в них неявным образом: «Если я Вас правильно понял, жена постоянно упрекала Вас в недостаточном внимании к себе?»

Установление последовательности событий — повторение терапевтом сообщенных ему фактов в их причинно-следственной или временной последовательности. При этом врач, не интерпретируя эти факты сам, побуждает пациента к их интерпретации. Выделение из рассказа пациента (часто крайне непоследовательного) конкретных фактов и приведение их в определенную систему во многих случаях вызывает изменение оценки ситуации, более адекватное ее понимание.

Разработка — углубление в тему. После того, как психотерапевт сориентировался в проблемах обратившегося за помощью, он направляет беседу на обсуждение проблемы, представляющейся ему наиболее важной, например: «Расскажите подробнее о Вашей семейной жизни» и т. д. Иногда пациент упоминает о значимой для него проблеме, а затем отходит от нее, как бы 'проверяя внимание и наблюдательность врача. Разработка должна осуществляться тактично, ее не нужно превращать в расследование. Если проблема действительно значима для пациента, он вернется к ней в той или иной форме.

Вербализация — словесное обозначение того, что подразумевает пациент; это прием, приближающийся к интерпретации. Например, пациент сообщает: «Когда я прихожу домой, жена часто бывает раздражительной, невнимательной.

«Терапевт: «Вы предполагаете, что она разлюбила Вас?» С содержанием вербализации должно быть лишь то, что пациент сам подразумевает, что, хотя бы имплицитно — в неявном виде — имеется в его высказываниях, т. к. на данном этапе психотерапевтического воздействия пациент еще не готов к принятию интерпретации.

Поиск источников эмоций — пациенту предлагается задуматься над своим эмоциональным состоянием и установить его непосредственные причины, например: «Какие чувства вызвало у Вас это происшествие?», «Что именно в этой ситуации Вас так ранит?». Этот прием помогает пациенту осознать взаимосвязи между поступками, поступками других вовлеченных в кризис лиц и возникающими у него эмоциями. (Для человека, переживающего острый кризис, часто характерно непонимание связей между поступками и аффективными реакциями, связей, во многих случаях очевидных для психотерапевта.)

Третий этап беседы посвящен совместному планированию деятельности, необходимой для выхода из кризиса. Прежде всего, основываясь на достигнутом ранее интеллектуальном овладении ситуацией, необходимо подвести пациента к осознанию того, какое разрешение кризиса является для него наиболее приемлемым, т.е. осуществить идентификацию целей. Вслед за этим, проблема разбивается на более мелкие, потенциально разрешимые задачи, и для ближайших задач выдвигаются несколько предварительных решений. Такие решения предлагаются терапевтом в несколько общем, незавершенном виде; незавершенность высказываний врача стимулирует собственную активность пациента. В результате анализа предварительных решений вырабатывается конструктивный план поведения, направленного на преодоление критических обстоятельств. Важным моментом третьего этапа беседы является подготовка пациента к возможным новым психотравмирующим событиям, предстоящим ему в процессе развития кризиса — «терапия антиципацией — предвосхищением». Обсуждение таких событий, на фоне уменьшившегося эмоционального напряжения и когнитивного освоения ситуации, предотвращает аффективные и суицидальные реакции, повышает психологическую устойчивость личности в конфликте. Совместный с терапевтом поиск адекватных способов поведения придает пациенту уверенность в своих силах, восстанавливает его самооценку, снизившуюся в ходе кризиса, способствует повышению ответственности пациента за свое поведение. В силу того, что аутоагрессивные действия часто являются для пациента лишь способом выхода из субъективно непереносимой ситуации, при отсутствии истинного желания смерти, формирование альтернативного плана разрешения кризиса резко снижает вероятность суицидального поведения. Разработка конкретного плана действий уменьшает

также переживания безнадежности, безысходности, представляющие собой одну из главных детерминант суицидального решения. Ведущими приемами третьего этапа представляются интерпретация, планирование и удержание паузы.

Интерпретация — высказывание гипотез, указывающих на существование определенных аспектов кризисной ситуации, не учтенных пациентом, а также на возможные способы разрешения ситуации. **Планирование** — побуждение к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности. Оно может выражаться, в частности, в предложении пациенту подумать, что можно сделать в данной: фрустрирующей ситуации, чтобы избежать неблагоприятных для него последствий. Планирование включает в себя не только сферу проблем, требующих решения, но и элементы собственного поведения личности, нуждающиеся в коррекции. Если планирование осуществляется самим пациентом, то вероятность реализации планируемых действий выше, чем в тех случаях, когда ведущую роль в планировании играет терапевт.

Удержание паузы — целенаправленное молчание терапевта — является важнейшим средством психотерапевтического воздействия. Молчание терапевта имеет своей целью предоставление пациенту возможности проявления инициативы и стимулирование вербализации разрабатываемых им планов поведения. Молчание уменьшает темп беседы, предоставляет пациенту время для рассмотрения альтернатив, для принятия решения. Оно положительно влияет на эмоциональное состояние пациента, уменьшает аффективное напряжение. Удержание паузы, как терапевтический прием, должно быть одобряющим молчанием, молчанием, выражающим интерес к пациенту. Молчание врача должно сообщать пациенту, что терапевт ждет его слов. Оно должно сопровождаться содержательной невербальной коммуникацией: позой, мимикой, жестами, взглядом, информирующими пациента об эмоциональном принятии его врачом.

Четвертый, завершающий этап беседы является этапом окончательного формулирования решения, активной психологической поддержки и придания пациенту уверенности в своих силах. План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко. В тех случаях, когда пациент выражает сомнения по поводу каких-либо моментов намеченного плана, «а них следует остановиться особо. Тревожные пациенты часто ставят под сомнение путь выхода из критической ситуации, который они только что совместно с терапевтом разработали. Врачу необходимо проявить терпение, решительность и настойчивость. На этом этапе терапевт должен несколько раз высказаться в плане сообщения пациенту веры в свои силы и возможности, напомнить, что ранее он

успешно преодолевал трудные моменты жизни, а также призвать пациента проявить максимум воли и целеустремленности для достижения желаемого разрешения кризиса. Ведущими психотерапевтическими приемами четвертого этапа беседы являются логическая аргументация, убеждение и переубеждение, в необходимых случаях — рациональное внушение. В завершение беседы терапевт предлагает лицу, переживающему кризис, дальнейшие контакты, сообщает свой график работы, назначает конкретное время следующей встречи. В процессе неотложной беседы терапевт постепенно переходит от позиции эмпатического выслушивания к позиции соучастия в когнитивном (познавательном) овладении и практическом разрешении ситуации, что отражается и в соответствующем изменении его вербальной активности, различной на отдельных этапах воздействия. На первом этапе речевая активность терапевта значительно варьирует в зависимости от состояния обратившегося: терапевт активно и настойчиво убеждает пациента рассказать о своей ситуации и переживаниях в тех случаях, когда последний растерян, подавлен, нерешителен, испытывает чувство стыда или вины, плачет; вместе с тем терапевт сдержан и немногословен в тех случаях, когда пациент аффективно напряжен, тревожен. Вербальная активность терапевта на втором этапе — этапе интеллектуального овладения ситуацией — минимальна, она несколько возрастает на этапе планирования деятельности и достигает максимума на четвертом, завершающем этапе воздействия.

Вторая беседа, назначаемая терапевтом, как правило, через два-три дня после первой, своей главной целью полагает, аналогично первой, интеллектуальное освоение ситуации. На фоне уже сформированного эмпатического контакта терапевт помогает обратившемуся глубже и точнее овладеть происходящим, принять его реальность. Оцениваются предпринятые пациентом действия, направленные на преодоление кризиса, высказывается одобрение занятой им активной позиции, осуществляется «обратная связь»: совместно разработанный план поведения — действия пациента — совместный анализ их результатов — дальнейшее планирование деятельности. Во второй беседе, как и в последующих, пациент обнаруживает готовность к восприятию терапевтических воздействий, направленных на изменение имеющихся у него определенных черт характера, способствовавших возникновению кризиса либо тяжести его протекания. В целом в каждой последующей беседе увеличивается доля времени, уделяемого для обсуждения характерологических и внутриличностных проблем. В некоторых случаях необходимо сделать личность пациента центром терапевтического обсуждения — диалога, полностью переключить его внимание на коррекцию неадаптивных личностных черт, с тем, чтобы стремление к самосовершенствованию и самореализации стало основным

антисуицидальным фактором. В случае же «неразрешимых» конфликтов и необратимых утрат, когда изменение «внешней» ситуации невозможно, самосовершенствование и самоактуализация могут быть представлены пациенту в качестве ведущей жизненной цели, заменяющей утраченную цель. Формирование у пациента мотивации к личностному росту и развитию — важнейшая задача интенсивной психотерапии; возникновение данной мотивации стойко купирует аутоагрессивные переживания. Представляет интерес тот факт, что во многих случаях проведения неотложной пролонгированной терапии наиболее длительной и насыщенной оказывается не первая, а вторая или третья беседа, что свидетельствует о росте доверительности в контакте, о более полном «раскрытии» пациента и включении в терапевтический процесс наиболее значимых проблем. Во второй и последующих беседах широкое применение находят разнообразные психотерапевтические приемы когнитивного и аксиотерапевтического характера (см. «Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара». Методические рекомендации. М., 1986). Наибольшей психотерапевтической работы для купирования аутоагрессивных переживаний в плане затрат времени, диапазона терапевтических методик и эмоциональной вовлеченности терапевта требуют ситуационные реакции психалгии, негативных межперсональных отношений, пессимистические и отрицательного баланса.

Список литературы

1. Малкина –Пых И.Г. Экстремальные ситуации
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации.
3. Амбрумова А. Г., Полеев А. М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике. Методические рекомендации. М., 1986
4. Суицидология: учебное пособие / И. Л Шелехов, Т. В. Каштанова, А. Н. Корнетов, Е. С. Толстолес – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011
5. Юрьева Л. Н.. Клиническая суицидология: Монография.— Днепропетровск: Пороги, 2006
6. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Суицидология № 2, 2012 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ СУИЦИДОГЕНЕЗА КАК КРИТЕРИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И НАПРАВЛЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
7. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. Теория и практика психологической помощи.
8. Суицидология: прошлое и настоящее / Хрестоматия. М., «Когито», 2001г
9. Шнейдман Э. Душа самоубийцы.
10. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков
11. Холмогорова А.Б., Волкова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс]// Медицинская психология в России: электрон. науч. Журнал 2012. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
12. Козачек О.В. Последствия манипулятивного общения: отношение к другим и к себе у детей подросткового возраста
13. Шмырева О.И. Отношение к смерти как следствие эмоционального кризиса в подростковом возрасте. [Электронный ресурс]// Журнал «Мир психологии» 2008 № 4
14. Гаврилова Т.А. «Проблема детского понимания смерти». [Электронный ресурс]// Электронный журнал «Психологическая наука и образование» 2009 № 4 [www. Psyedu.ru](http://www.Psyedu.ru)
15. Алимova М.А. **Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция.** Барнаул, 2014
16. Н.Манухина «Краткосрочная психологическая помощь. Универсальная модель».