

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

НЕОТЛОЖНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ В СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Методические рекомендации

(с правом переиздания местными органами
здравоохранения)

МОСКВА—1986

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

«Утверждаю»
Заместитель министра
Г. В. Сергеев
21 июня 1986 г.

«Согласовано»
Зам. начальника Главного
управления научно-исследо-
вательских институтов и коор-
динации научных исследова-
ний
В. М. Христюк
18 июня 1986 г.

НЕОТЛОЖНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ В СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Методические рекомендации
(с правом переиздания местными органами
здравоохранения)

06-M-191
1985 г.

Настоящие методические рекомендации составлены руководителем Всесоюзного научно-методического суицидологического Центра Заслуженным деятелем науки РСФСР, профессором АМБРУМОВОЙ А. Г. и научным сотрудником Полеевым А. М.

Местным органам здравоохранения разрешается размножить данные методические рекомендации в необходимом количестве экземпляров.

Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике

(Методические рекомендации)

В большинстве стран мира наблюдается неуклонное увеличение частоты самоубийств и покушений на самоубийство, что наносит значительный ущерб здоровью общества, общественному порядку и экономике. Проблема профилактики суицидального поведения в нашей стране является актуальной и требует осуществления комплексных превентивных мероприятий, которые должны проводиться объединенными усилиями психиатров, психологов, социологов, педагогов и юристов.

Как показывают результаты мультидисциплинарных исследований суицидального поведения, осуществляемых на протяжении последних 15 лет во Всесоюзном научно-методическом суицидологическом Центре под руководством профессора А. Г. Амбрумовой, покушения на самоубийства совершаются чаще всего лицами с пограничными психическими расстройствами, с акцентуациями характера и практически здоровыми, переживающими суицидальный кризис (А. Г. Амбрумова, 1974, 1978). Профилактика суицидального поведения у данной группы лиц имеет особое значение как в силу ее наибольшего удельного веса в общей популяции суицидентов, так и в результате того, что эта группа состоит из трудоспособных лиц, как правило, молодого возраста.

В системе профилактических мер, направленных на предупреждение самоубийств у лиц с пограничными расстройствами и практически здоровых, важнейшее место занимают психотерапевтические воздействия; во многих случаях они являются единственно необходимым видом помощи пациентам, находящимся в суицидоопасных состояниях.

Аутоагрессивные проявления часто наблюдаются уже на начальных этапах кризисных состояний, непосредственно после психотравмирующего события, вследствие чего для предотвращения попытки к самоубийству необходимо ее купирование кризиса, до появления аутоагрессивных переживаний

и принятия суицидального решения, когда у пациента максимально выражена потребность в психологической помощи. Такое купирование можно осуществить только с помощью неотложного психотерапевтического воздействия, являющегося, таким образом, наиболее адекватным методом превенции суицидальных действий у острых кризисных пациентов.

Знание принципов, методов и приемов неотложной психотерапии суицидоопасных кризисов необходимо как психиатрам суицидологам, работающим в развивающихся в настоящее время превентивных суицидологических службах (создаваемых по образцу действующей московской службы социально-психологической помощи), так и всем психиатрам, занимающимся лечением пациентов с пограничными психическими расстройствами.

Настоящие методические рекомендации основаны на результатах изучения методов профилактики и терапии кризисных суицидоопасных состояний, которые проводятся в соответствии с научной программой Всесоюзного научно-методического суицидологического Центра Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава РСФСР (директор — профессор В. В. Ковалев). Исследования осуществлялись в возглавляемых Всесоюзным Центром подразделениях (функциональных звеньях) системы комплексной превенции самоубийств, включающей в себя «Телефон Доверия», кабинеты социально-психологической (расположенные в поликлиниках общего типа) и кризисный стационар. Данная система, в силу ее максимальной доступности населению и возможности анонимного обращения, создает наиболее благоприятные условия для оказания неотложных психотерапевтических воздействий на лиц, находящихся в острых кризисных состояниях.

Суицидоопасные кризисные состояния у пациентов с пограничными расстройствами и практически здоровых лиц

Психологический кризис является одним из проявлений социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта, в ситуации утраты либо угрозы утраты значимой ценности (А. Г. Амбрумова, 1978). Кризис возникает при невозможности преодоления препятствий в достижении жизненно важных целей способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта. Кризисное состояние характеризуется интенсивными отрицательными эмоциями — чувством неопределенности, беспокойством, тревогой

вплоть до дезорганизации, фиксацией на психотравмирующей ситуации, переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, одиночества, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, выраженными затруднениями в планировании деятельности.

Ситуационные кризисы часто сопровождаются широким спектром аутоагрессивных проявлений — от диффузных антивитальных переживаний до конкретных суицидальных замыслов.

Существенную роль в формировании аутоагрессивного поведения при кризисных состояниях играют соответствующие изменения познавательных процессов и мышления, возникающие вследствие эмоциональных нарушений. В остром кризисе, на фоне пессимистической окраски мысленных образцов, представлений, намерений и т. д., наблюдаются уменьшение объема внимания, снижение и искажение усвоения информации, затрудняется «доступ» к соответствующим воспоминаниям. Происходит неадекватная «познавательная схематизация» критической ситуации, «сужение» когнитивной сферы, в результате чего нарушается способность к принятию конструктивных решений.

Во многих случаях острых кризисных состояний имеет место уменьшение активности мышления, проявляющееся снижением уровня мотивации, отсутствием продуктивных идей, ощущением невозможности «продвинуться вперед» на пути обдумывания проблемы.

Тревога и напряженность, вызванные кризисной ситуацией, приводят к снижению адекватности и глубины понимания других людей, затрудняют точность интерпретации их действия и поступков.

Выраженный тревожный аффект вызывает искажение восприятия времени: пациент, как правило, преувеличивает экстренность критической ситуации, ему представляется, что для принятия решения у него меньше времени, чем на самом деле. Возникновение такого представления влечет за собой дальнейшее усиление мыслительной растерянности, эмоциональной подавленности и переживания горя, актуализирует субъективное представление о безысходности ситуации.

Наиболее существенными искажениями когнитивных процессов представляются произвольность выводов — формирование их в отсутствие достаточных фактических данных; избирательная абстракция — построение восприятия ситуации на основе какого-либо отдельно взятого элемента, с игнорированием других элементов ситуации, а также персонализация — тенденция связывать все происходящее с собственной личностью.

У кризисных пациентов, как правило, имеют место и нарушения личностной идентификации (искажение образа «Я»). Пациент, переживающий кризис, испытывает затруднения в извлечении и использовании информации, необходимой для правильной оценки собственных личностных возможностей. Вместе с тем, способность личности к решению актуальных практических задач в значительной степени определяется существующими у нее представлениями о том, что в прошлом она успешно решала подобные задачи, обладает определенным опытом преодоления критических ситуаций, и в настоящее время также может преодолеть имеющиеся трудности. Данные представления при кризисах подвергаются существенной трансформации, в результате чего уменьшается способность личности к принятию решений.

Для кризисных пациентов характерно также уменьшение готовности к переживанию определенного уровня напряжения, тревоги и других эмоции отрицательного спектра, нарушение уверенности в том, что они могут перенести эти эмоции. Готовность же к переживанию аффективной напряженности является необходимым условием успешного преодоления кризиса.

Все вышеизложенное приводит к стойкому снижению самооценки личности, формированию представлений о собственной малоценности, тогда как многочисленные исследования показывают, что в неблагоприятной, критической ситуации успешнее действуют лица с несколько завышенной самооценкой.

Имеющиеся нарушения аффективной сферы и познавательных механизмов определяют особенности поведения лиц, переживающих кризис: их поведение характеризуется, прежде всего, значительным удельным весом поисковых действий, во многих случаях — импульсивностью и непродуктивностью.

Существенно заметить, что все описанные нарушения развиваются именно в тот период, когда для индивидуума крайне важно действовать адекватно сложившейся критической ситуации и с максимальной эффективностью.

В состоянии кризиса наблюдаются и определенные сомато-вегетативные расстройства: ощущение физической слабости, «разбитости», «физического истощения», прерывистое дыхание со вздохами.

В тесной зависимости от характера психотравмирующей ситуации и личностных особенностей пациента (чаще у лиц с акцентуацией характера), содержательной основой кризисного состояния могут быть ситуационные реакции эгоцентрического

переключения, психалгии, переживания негативных интерперсональных отношений, а также непатологические ситуационные реакции: пессимистические, дезорганизации, демобилизации, оппозиции, реакции отрицательного баланса (А. Г. Амбрумова, 1978, 1983).

Интенсивность психологического кризиса может нарастать постепенно, с повышением конфликтного напряжения, усилением отрицательных эмоций и возможным прорывом в суицидальное поведение по механизму «последней капли». Во многих случаях кризисное состояние вызывается внезапным, неожиданным психотравмирующим событием, когда аффективная напряженность, дезорганизация, познавательные, коммуникативные и поведенческие нарушения максимально выражены в первые часы и сутки после «вызывающего» события. Как при первом, так и при втором типе кризиса имеет место личностная интеллектуальная переработка конфликта или утраты, с постепенным нарастанием суицидальных переживаний, сложным взаимодействием аутоагрессивных тенденций и антисуицидальных факторов, что существенно отличает острые суицидальные кризисы от аффективных реакций, при которых интеллектуальный анализ ситуации практически редуцирован.

В остро начавшемся кризисном состоянии представляется возможным выделить четыре последовательные стадии:

1. стадия психотравмы («психического шока») — длится от нескольких часов до двух-трех суток;
2. стадия дезорганизации — длится от одних суток до двух недель;
3. стадия «принятия» (адаптации к утрате) — длится несколько недель;
4. стадия восстановления — длится от нескольких недель до нескольких месяцев.

Переход от одной стадии развития кризиса к другой происходит постепенно, нерезко; вместе с тем, каждая стадия кризиса характеризуется преимущественно ей присущими эмоциями, мыслями, коммуникативными и поведенческими особенностями.

Продолжительность кризисных состояний варьирует от трех-четырех недель до двух-трех месяцев, после чего его проявления редуцируются, и устанавливается новый уровень социально-психологической адаптации, зачастую более низкий, чем предшествующий кризису.

Наибольшей суицидоопасностью, как показывает опыт, отличается стадия дезорганизации, когда у пациента складывается представление о непреодолимости создавшегося положения в этот период резко усиливается субъективно непереносимое пережива-

ние аффективного напряжения, тревоги или печали, истощаются механизмы психологической защиты, нарастает стремление «любой ценой» избавиться от интенсивных отрицательных эмоций.

Наряду с описанными выше ситуационными кризисами, вызванными непредвиденными событиями, заключающимися в себе утрату либо угрозу утраты, в жизни каждого человека возможны, как известно, психологические «кризисы развития», «поворотные моменты биографии, связанные с изменением общей направленности деятельности». Последние представляют собой периоды эмоционального и интеллектуального напряжения и дезорганизации, вызванные переходом от одной стадии жизненного цикла к другой. Примером может служить переход от учебы в вузе к самостоятельной профессиональной деятельности, появление в семье ребенка, выход на пенсию. Лица, переживающие подобные «кризисы развития», в большей степени подвержены ситуационным кризисам, чем те, кто находится в состоянии психологического равновесия. В свою очередь, ситуационные кризисы, накладывающиеся на «поворотные моменты биографии», углубляют и удлиняют последние, повышают их суицидоопасность.

Лица, переживающие кризис, в подавляющем большинстве случаев испытывают повышенную потребность в межличностных контактах, которые необходимы им для аффективного отреагирования, получения эмоциональной поддержки и интеллектуальной помощи в овладении ситуацией. Кризисные пациенты, будучи неуверенными, тревожными, часто растерянными, склонны считать других людей более компетентными и способными, им свойственны повышенная внушаемость, большая, по сравнению со стабильными состояниями, открытость для восприятия чужого мнения, для влияния других лиц, для терапевтических воздействий. Они легче отказываются от привычных, но неэффективных способов психологической защиты, от неадаптивных модусов поведения, легче разрабатывают и апробируют новые для них способы коммуникации и деятельности. Данные особенности кризисных пациентов получили название «кризисная мотивация»; они наиболее выражены на ранних стадиях психологических кризисов.

Кризис, следовательно, создает возможность и условия для быстрых изменений в структуре личности, для личностного роста и повышения уровня адаптации индивидуума в социально-психологической среде. При условии получения переживающим кризис пациентом адекватной поддержки и помощи от значимых для него лиц, кризисное состояние может выступить в роли «катализатора» личностного развития, стать призывом к самосо-

вершенствованию; вместе с тем, кризис может оказаться и очередной жизненной неудачей, звеном в цепи негативных событий, углубляющих дезадаптацию.

Лица, находящиеся в критической ситуации, во многих случаях, прямо или косвенно, сообщают окружающим о своих суицидальных мыслях или намерениях: «Хочется уснуть и не проснуться», «Я не живу, а мучаюсь», «Чем так жить, лучше умереть» и т. д. По данным различных исследователей, такие высказывания имеют место у 40—75% лиц, совершивших покушения на самоубийство. При этом значение подобных суицидальных высказываний близкими пациента, как правило, недооценивается, часто они воспринимаются как демонстративные.

Таким образом, ранние этапы кризисных суицидоопасных состояний, отличающиеся высоким риском суицидального поведения, в силу присущих этим периодам потребности в контактах и «кризисной мотивации», а также активности защитных механизмов, являются наиболее благоприятными для оказания психотерапевтической помощи. Задача терапевта состоит в том, чтобы воспользоваться готовностью пациента к психокоррекции не только для купирования данного состояния, но и для повышения психологической устойчивости личности в целом, для формирования активной жизненной позиции.

Среди лиц, обращающихся за психотерапевтической помощью в состоянии острого ситуационного кризиса с суицидальными тенденциями, преобладают женщины — свыше 70%. Большая часть их находится в возрасте от 20 до 40 лет.

Кризисная ситуация, побудившая пациентов обратиться за помощью, чаще всего имеет место в сфере семейных либо интимно-личных взаимоотношений: измена супруга, его уход из семьи, разрыв с любовным партнером; у лиц более старшего возраста, наряду с перечисленными выше, наблюдаются конфликты с детьми. Примерно 25% случаев оказания неотложной психотерапевтической помощи кризисы являлись результатом утраты «значимого другого» — смерти ребенка, супруга, матери. В этих ситуациях осуществление психотерапевтического воздействия представляет особую трудность ввиду необратимости потерн и тяжести состояния обратившегося.

Определенная часть обращений за неотложной психотерапией обусловлена установлением пациенту диагноза тяжелого соматического заболевания, предстоящим серьезным оперативным вмешательством, ограничением жизнедеятельности вследствие различной соматической или неврологической патологии. Кризисные состояния, вызванные конфликтом в профессиональной

сфере, чаще служат поводом для обращения у мужчин, чем у женщин.

В большинстве случаев критические ситуации, связанные с неотложным вмешательством, существовали на протяжении определенного времени — от нескольких недель до нескольких месяцев перед обращением, а непосредственным поводом для обращения к врачу послужило внезапное обострение ситуации. В некоторых случаях кризисные ситуации возникали внезапно, неожиданно для пациентов, на фоне полного социально-психологического благополучия.

Среди контингента лиц, которые нуждаются в проведении неотложных психотерапевтических мероприятий, большинство составляют практически здоровые с истероидным личностным радикалом и пациенты с акцентуацией характера по истероидному типу; несколько реже встречаются пациенты с акцентуацией по возбудимому и тормозимому типу. Общими для них являются повышенная сензитивность, выраженная эмоциональная лабильность, склонность к нарушению интеллектуального контроля в трудных обстоятельствах. Преобладающие среди обратившихся, женщины с истероидной акцентуацией, характеризуются, прежде всего, повышенной потребностью в признании «значимым другим», главенствующей ролью интимно-личной сферы в системе ценностей, эмоциональной зависимостью от объекта привязанности, неустойчивой самооценкой, низкой толерантностью к фрустрации, недостаточной зрелостью. Большая часть этих пациентов выросла в неблагополучных либо неполных семьях, в отсутствии близости к родителям, часто — в условиях отрицательного отношения со стороны родителей.

Пациентам с акцентуацией возбудимого круга, кроме вышеперечисленных качеств, присущи также повышенный уровень притязаний, импульсивность, склонность к самовзвинчиванию. Лица с акцентуацией тормозного круга часто обнаруживают реакции отказа, они предрасположены к уходу от субъективно тягостных ситуаций; вместе с тем они, как правило, чрезмерно преувеличивают тяжесть неблагоприятных обстоятельств.

У большинства пациентов в прошлом имели место конфликты, аналогичные данному; тем не менее, все они характеризовались достаточно высоким уровнем социально-психологической адаптации в предшествующий кризису период. Преобладают лица, обратившиеся к психиатру впервые в жизни.

Неотложная психотерапевтическая помощь лицам, переживающим ситуационный кризис с аутоагрессивными проявлениями, состоит, как правило, из 4—6 психотерапевтических бесед, после которых суицидальные мысли стойко купируются, и пациент при-

ступает к долгосрочным занятиям на более глубоком уровне (лица с акцентуациями характера, психопатические личности), либо продолжает процесс психокоррекции самостоятельно, обращаясь к терапевту лишь в случаях ухудшения состояния.

В основе неотложной психотерапии лежит точная, глубокая и быстрая диагностика состояния и личности пациента, точный выбор зон, методов и приемов вмешательства.

Психотерапевтическое купирование суицидальных кризисов предъявляет высокие требования к врачу, его осуществляющему: терапевт должен обладать большим профессиональным мастерством и специальным опытом. Определенные методы и приемы, обязательные для неотложной психотерапии, в традиционной, долгосрочной терапии используются гораздо реже; вместе с тем некоторые методы современной рациональной терапии, широко применяемые при долгосрочном взаимодействии, являются неэффективными или даже вредными при экстренной помощи. НПТ требует от врача большой затраты душевных сил и времени (особенно первая и вторая беседы).

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, неэффективен 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 аі длительности, мы называем неотложной и н т е н с и в н о й 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» — сопережи-

вания (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, представляющей 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?» 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.

Как показывает опыт, продолжительность первой неотложной психотерапевтической беседы составляет в среднем, от полутора до двух часов; в некоторых случаях (внезапная утрата близкого человека, необратимый разрыв высокозначимых отношений) оказание неотложной помощи длится до трех часов — «психотерапевтическая реанимация».

В определенной доле обращений за неотложной помощью (около 25% случаев) контакт с психотерапевтом ограничивался первой беседой, которая оказывалась достаточной для купирования суицидальных тенденций. Наши данные свидетельствуют, что даже однократный контакт с квалифицированным, опытным терапевтом, сумевшим локализовать главную проблему пациента и тактично, убедительно показать конкретные личностные черты, требующие коррекции, обладает значительным стимулирующим эффектом, дает начало процессу аутопсихотерапии и длительное время оказывает влияние на все поведение личности.

В большинстве же случаев пациент обращается к терапевту 4—5 раз, на всем протяжении кризиса (от двух до пяти-шести

недель), при этом постепенно изменяется содержание бесед, уменьшаются их длительность и интенсивность. Таким образом, при обращениях пациентов с острыми суицидоопасными состояниями осуществляется неотложная пролонгированная психотерапия, своего рода «проведение сквозь кризис».

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.

Телефонная психотерапия — ведущая форма неотложной психотерапевтической помощи

Неотложное купирование суицидоопасных реакций может осуществляться как в амбулаторных условиях, так и в условиях специализированного стационара. Одной из наиболее эффективных форм помощи при острых кризисных состояниях является телефонная психотерапия.

Удельный вес обращений за экстренной помощью наиболее высок именно в телефонных Центрах, получивших в настоящее время широкое распространение в крупных городах и городских агломерациях различных стран мира. (Телефонные службы экстренной психологической помощи функционируют в более чем 600 городах США, в 300 — Великобритании, в 150-и городах Франции, но многих городах ФРГ, Нидерландов, в скандинавских странах. «Линии Доверия» имеются в 12 городах Чехословакии, такое же число телефонных служб действует в Венгрии, 39 «Телефонов Доверия» насчитывается в ПНР).

В московском «Телефоне Доверия», являющемся звеном комплексной превентивной суицидологической службы и оказывающем разнообразную терапевтическую помощь круглосуточно по 6 каналам, неотложные воздействия проводятся в 30% всех первичных обращений. (Кроме неотложной, «Телефон Доверия» осуществляет долгосрочную поддерживающую, раскрывающую, проблемную, а также «терапию взаимоотношениями» — контакты длительностью год и более, в которых на первый план выходят товарищеский обмен информацией, впечатлениями и т. д.).

Столь значительная доля обращений пациентов, переживающих острый кризис, обуславливается некоторыми особенностями телефона как средства коммуникации, создающими благоприятные условия для проведения неотложных воздействий и формирующими определенные преимущества телефонной помощи в этой

области по сравнению с «личной» психотерапией.

Телефонная коммуникация, в силу своих пространственных свойств, предоставляет любому человеку, имеющему доступ к телефонному аппарату, возможность из любого места обратиться за психотерапевтической помощью. По своей доступности помощь по телефону во много раз превосходит все другие виды психотерапии. Зона профессионального воздействия врача-психотерапевта не ограничена больше его кабинетом; терапевт может воздействовать на пациента, находящегося на расстоянии многих километров от телефонного Центра.

При обращении за телефонной помощью пациенты избавлены от необходимости преодолевать какие-либо барьеры, существующие при обращении в традиционные лечебные учреждения (предварительная запись в регистратуре, получение направления, предъявление документов и т. д.). Вместе с тем, необыкновенная доступность телефонного психотерапевта приводит к возложению на него моральной и профессиональной ответственности за пациента, который отделен от него значительным расстоянием.

Временные особенности телефонной связи способствуют тому, что пациент может получить необходимую ему помощь круглосуточно; возможность пользоваться ее в любое время особенно значима для лиц с низкой толерантностью к аффективному напряжению, негативно окрашенным эмоциям. В беседе по телефону, в отличие от сеанса психотерапии в кабинете, сведена к минимуму вероятность того, что ее кто-либо прервет; пациент может вновь позвонить в любое удобное для него время.

Наличие в телефонной связи лишь одного — акустического — канала коммуникации позволяет пациенту оставаться максимально анонимным даже при частых и длительных контактах с врачом, тогда как при личном обращении, пусть и без предъявления удостоверяющих личность документов, анонимность пациента неполная — терапевт, медицинский персонал видит пациента и в дальнейшем могут узнать его. Возможность оставаться полностью анонимным является важной для многих кризисных пациентов, эта возможность существенно облегчает преодоление «психологического барьера» перед обращением к психотерапевту, имеющегося у многих лиц, несмотря на выраженную потребность в поддержке и помощи. Анонимность создает у пациента ощущение безопасности, повышает его самооценку, помогает справиться с переживаниями и малоценности, и несостоятельности, сосредоточится на наиболее значимых проблемах.

Имеющаяся у пациента возможность в любой момент прервать телефонный контакт с терапевтом, что гораздо труднее сделать при личной терапии, также делает обращение по телефону субъективно более привлекательным и безопасным; соответствующие исследования доказывают, что телефонные Центры вовлекают в сферу психотерапии многих лиц, которые не решились бы обратиться к врачу лично, оставшись, таким образом, без медицинской помощи.

Существенную роль в облегчении вступления в контакт, а также в формировании самого терапевтического взаимодействия играет тот факт, что пациент может выбрать для своего пребывания во время беседы привычное либо удобное для себя место. Чаще всего абоненты «Телефона Доверия» звонят из дому. Как свидетельствуют исследования обращаемости в телефонные службы, данная особенность очень важна и значима для значительного числа лиц, переживающих острый кризис, в плане уменьшения у них напряженности и тревоги, повышения доверительности терапевтического контакта.

Характерной чертой коммуникации по телефону является то, что, хотя телефон и позволяет общаться на большом расстоянии, обратившийся в определенном смысле как бы находится рядом с терапевтом, их голоса звучат в непосредственной близости друг от друга. Это свойство телефонной связи способствует быстрому формированию доверительности в беседе, облегчает включение в терапевтическое обсуждение интимно-личных проблем.

Несомненно, что одна из причин столь широкого распространения телефонных психотерапевтических служб в современном мире заключается в сочетании в общении по телефону личного, диадического — двухстороннего характера коммуникации, присущего традиционным письменным сообщениям — письму, записке, телеграмме — с незамедлительностью, безотлагательностью современных электронных средств связи — радио и телевидения.

Наличие в телефонном контакте единственного, акустического канала коммуникации приводит, с одной стороны, к некоторому уменьшению потока информации, которым обычно обмениваются два взаимодействующих индивида. Вместе с тем, телефонная коммуникация, именно в силу ее исключительного акустического и почти полностью вербального характера, обуславливает определенную переорганизацию речевой деятельности пациента, прежде всего — усиливает вербализацию переживаемых эмоций, представлений, намерений. Такое улучшение вербализации благоприятно сказывается на эмоциональном состоянии кризисного пациента, способствует аффективному отреагированию, а также помогает врачу точнее оценить психическое состо-

яние обратившегося и его проблемы.

«Эффект ограниченной коммуникации» в телефонной беседе обуславливает также повышение последовательности, систематичности, внутренней организованности психотерапевтического процесса в целом, делает его более структурированным и логичным; эти структурированность и логичность противопоставляются тревожности и растерянности пациента и способствуют интеллектуальному овладению, концептуализации Критической ситуации, с последующим переходом к реалистической, конструктивной позиции.

Одним из проявлений «эффекта ограниченной коммуникации» является тот установленный многими исследователями факт, что, в отсутствие зрительного восприятия психотерапевта, пациент, как правило, в определенном смысле идеализирует его, представляет его более компетентным, зрелым, авторитетным и эмпатичным, чем при «личной» терапии. Естественно, такое представление о психотерапевте существенно повышает эффективность психотерапевтического взаимодействия.

Важным преимуществом проведения неотложной пролонгированной терапии по «Телефону Доверия», а также в амбулаторных условиях в целом, мы считаем возможность выполнения пациентами их профессиональных, семейных и других обязанностей, что для многих лиц служит значимым фактором повышения самооценки и уменьшения фиксации на психотравмирующей ситуации. Кроме того, при кризисных состояниях, вызванных неблагополучием в семейной сфере, профессиональная среда оказывает дополнительную поддержку и помощь, являясь источником микросоциальной защиты и компенсации.

Таким образом, коммуникативная ситуация телефонной связи создает наиболее благоприятные условия как для обращения пациентов, переживающих острый кризис, так и для осуществления неотложных воздействий на данную группу пациентов, увеличивая эффективность неотложной психотерапевтической помощи.

Ведущим критерием эффективности неотложной психотерапии, проводимой по «Телефону Доверия», является отказ пациентов, высказывающих суицидальные мысли, от реализации своих намерений, что подтверждается повторными обращениями в телефонную службу либо посещениями амбулаторных звеньев. Вторым критерием представляется переход абонента от анонимного к более доверительному общению, причем такой переход совершается по инициативе самого пациента, а не навязывается ему терапевтом. Третий критерий — превращение

пациента, переживающего острый кризис, в т. н. «постоянного абонента» телефонной службы, т. н. в пациента, получающего долгосрочную, длительную поддерживающую психотерапевтическую помощь. Анализ основных положений, касающихся осуществления неотложных превентивных воздействий на практически здоровых и лиц с пограничными психическими расстройствами, переживающих острый ситуационный кризис, позволяет сделать следующие практические выводы:

1. Неотложная психотерапия является адекватным и эффективным методом предупреждения суицидального поведения у кризисных пациентов. Оптимальными для оказания помощи представляются ранние этапы суицидоопасных состояний, в силу выраженности при них «кризисной мотивации».

2. Сущность неотложного воздействия заключается в оказании пациенту помощи в интеллектуальном овладении критической ситуацией! с формированием конкретного плана действий, на фоне эмоционального принятия, создания условий для аффективного отреагирования и придания уверенности в своих силах.

3. Наиболее адекватной формой оказания неотложной помощи при ситуационных кризисах в крупных городах является телефонная психотерапия, осуществляемая работающим круглосуточно «Телефоном Доверия», функционально связанным с амбулаторными звеньями.

4. Решающая роль в оказании экстренной помощи принадлежит первичной беседе, требующей от терапевта максимальной отдачи душевных сил и времени, а также использования широкого спектра соответствующих психотерапевтических методов и приемов.

Л-57003 от 22.VII.86

Закал 3397

Объем 1,5 п. л. + обл.

Тираж 2000

ПО «Печатник» УИМ. Москва, ул. Талалихина, 33