

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

_____ Р.А. Часнойть

23 марта 2007 г.

Регистрационный № 156-1105

КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ЛИЦ В ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ СУИЦИДООПАСНОЙ СИТУАЦИИ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Белорусский государственный
медицинский университет», ГКБ скорой медицинской помощи г. Минска

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Ф.М. Гайдук, канд. мед. наук А.П. Гелда, А.Д.
Попков, Т.С. Гелда, К.Е. Рунец, Е.Ю. Зиборова

Минск 2007

Неблагоприятная суицидологическая обстановка во многих странах мира, включая Беларусь, является одной из важнейших проблем современного мирового сообщества, для решения которой большое значение отводится своевременной профилактике самоубийств. Одним из аспектов такой профилактики является оказание специализированной помощи лицам, находящимся в психотравмирующей суицидоопасной ситуации. В превенции суицида нет единых терапевтических схем. Индивидуальный подход является преобладающим принципом при оказании специализированной медико-психологической помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние. Однако это вовсе не исключает наличия общих моментов в работе с потенциальным самоубийцей.

Особенности оказания специализированной медико-психологической помощи в ургентном отделении многопрофильной больницы лицам, совершившим суицидальную попытку, позволяют в определенной степени структурировать оказание помощи, направленной на купирование суицидоопасного состояния и профилактику рецидивов суицидального поведения в будущем.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

В условиях ургентного отделения многопрофильной больницы оптимальной формой оказания помощи лицу, покушавшемуся на собственную жизнь, является интенсивная краткосрочная психотерапия со слиянием в единое целое элементов рациональной, когнитивной и позитивной психотерапии. Причем для определенного контингента лиц, совершивших суицидальную попытку, возможно проведение полного курса интенсивной краткосрочной психотерапии (принципы отбора приведены ниже), а для других контингентов – курс психотерапии будет являться начальным (в рамках программы долгосрочной терапии) с необходимостью его продолжения в амбулаторных или стационарных условиях системы психиатрической службы республики.

Изложенная в инструкции программа оказания специализированной медико-психологической помощи лицам, совершившим суицидальную попытку, предназначена для специалистов службы психического здоровья республики: психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов, практикующих в многопрофильной больнице.

Дифференцированный подход к отбору пациентов для проведения интенсивной краткосрочной психотерапии в условиях ургентного отделения многопрофильной больницы

I. Клинический

1. Невротический уровень психического расстройства (адаптационные расстройства):

- расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция (F43.20);
- расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22);

- расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23);

- расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения (F43.24);

- расстройство адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения (F43.25);

- расстройство адаптации с другими уточненными преобладающими симптомами (F43.28).

2. Уровень выраженности ситуативной (невротической) депрессии – легкий (диагностика проводится с учетом клинической оценки состояния и с использованием шкал для оценки депрессии). Для пациентов с иным уровнем депрессии значимость психотерапии становится высокой вне условий пребывания в ургентном отделении многопрофильной больницы (после редукции депрессивной симптоматики).

3. Отсутствие клинических проявлений:

- выраженной астении;

- амнестических расстройств;

- эйфории, как следствия остаточного действия токсических веществ.

4. После купирования тяжелых соматоневрологических последствий покушения на собственную жизнь.

II. Суицидологический

1. Тип непатологической суицидоопасной ситуационной реакции (по Амбрумовой А.Г., 1983): реакции дезорганизации, демобилизации и пессимистические реакции.

Реакции дезорганизации, демобилизации и пессимистические по своим характерным особенностям тесно коррелируют с клиническими формами расстройств адаптации, имеют общие закономерности в формировании суицидального поведения и наиболее часто встречаются в суицидологической практике.

Учет характерных особенностей других непатологических ситуационных реакций (эмоционального дисбаланса, отрицательного баланса, оппозиции), как правило, проводится при разработке программы долгосрочной кризисной психотерапии.

2. Категория личностного смысла суицидального поведения (по Амбрумовой А.Г., 1980): реакции протеста, призыва и избежания страдания.

Несмотря на феноменологические различия, эти формы личностного смысла самоубийства имеют объединяющие суицидологические параметры:

- пассивность общей жизненной позиции;

- временная ситуативно обусловленная блокада отдаленных перспектив;

- схожесть психологических защит в ситуации переживаемого кризиса с выраженной личностной потребностью изменить ситуацию (конфронтация либо без борьбы, либо без мобилизации защиты, либо без поиска обходных путей).

Психотерапевтическая коррекция личностных установок на прекращение жизни по типам мести (как конкретной формы протеста с целью наказания обидчика), избегания наказания (за мнимое или реальное противоправное действие), самонаказания и отказа от жизни требует долгосрочной терапии. Общей отличительной особенностью этих форм личностного смысла самоубийства является индивидуальное видение невозможности изменить ситуацию и отсутствие внутренней потребности и стремления к ее изменению.

3. Тип постсуицидального состояния (по Амбрумовой А.Г., 1980): критический и аналитический.

Выявляемые типы постсуицидального состояния как манипулятивный и суицидально-фиксированный – показания для долгосрочной кризисной психотерапии, причем при суицидально-фиксированном типе постсуицида – в условиях психиатрического стационара.

4. Мотивы суицидального поведения: мотивы конфликта.

Лично-семейные в сфере межперсональных конфликтов:

- проблемы с партнером, в том числе в супружеской паре;
- проблемы взаимоотношений с родителями;
- проблемы взаимоотношений с детьми;

- психологическая депривация, не достигающая личностного представления чувства одиночества (нарушение коммуникативных способностей по установлению и поддержанию дружбы и отношений с другими людьми).

Конфликты в профессиональной или учебной сфере:

- конфликты с сослуживцами (с начальником, учащимися, преподавателями);

- профессиональная или учебная депривация (несостоятельность или неудачи на работе или в учебе, включая увольнение или отчисление из учебного заведения).

Другие мотивы и поводы в сфере межличностных конфликтов.

Дифференцирующие критерии группы суицидальных мотивов конфликта:

- адресование суицидального поступка к конкретному лицу (лицам) или общественному мнению;

- личностный смысл самоубийства: протест, призыв или избегание страдания.

Психотерапевтическая коррекция суицидальных личностных установок, опосредованных мотивами неблагополучия (одиночества, смерти или тяжелой болезни близких, тяжести жизни вследствие психического или соматического заболевания или вследствие антисоциального поведения, материально-финансового неблагополучия и др.), требует проведения долгосрочной кризисной терапии.

Дифференцирующие критерии группы суицидальных мотивов неблагополучия:

- нет адресации суицидального поступка к конкретному лицу (лицам) или общественному мнению;
- нет расчета на изменение ситуации в свою пользу;
- личностный смысл самоубийства: самонаказание или отказ от жизни.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Тактика реабилитации лиц, совершивших суицидальную попытку, в ургентном отделении многопрофильной больницы предполагает: оказание неотложной помощи, комплексность и дифференцированность терапии (психотерапия, медикаментозная терапия, социореабилитационные мероприятия), индивидуальный подход к терапии (в т. ч. с учетом противопоказаний к психотерапевтической коррекции) и преемственность с амбулаторными и стационарными подразделениями системы здравоохранения.

Учитывая непродолжительное время нахождения совершившего суицидальную попытку лица в ургентном отделении многопрофильной больницы, кризисная антисуицидальная психотерапия занимает ведущее положение в структуре реабилитационных мероприятий и имеет свою специфику с учетом уровня расстройств психической деятельности, индивидуально-личностных характеристик, типа социально-психологической дезадаптации, тяжести соматоневрологических последствий самопокушения, особенностей суицидального поведения и оценки возможности повторного суицида. Модели кризисной антисуицидальной психотерапии, имея отличительные особенности, базируются на стандартном терапевтическом подходе: кризисная поддержка, кризисное вмешательство, повышение уровня адаптации для разрешения конфликтной ситуации (тренинг навыков адаптации). Ниже излагается модель интенсивной краткосрочной психотерапии в условиях ургентного отделения многопрофильной больницы применительно к определенному контингенту лиц, совершивших суицидальную попытку (принципы отбора пациентов для проведения терапии приведены выше).

Модель интенсивной краткосрочной психотерапии в условиях ургентного отделения многопрофильной больницы

Модель представлена базисной пошагово-этапной структурой.

Первая психотерапевтическая сессия

Основная цель – кризисная поддержка, направленная на ликвидацию негативных эмоциональных переживаний, вербализация проблемы и интеллектуальное осмысление психотравмирующей ситуации.

Пошаговые действия

1. Установление доверительного контакта и эмпатии, создание конструктивного психотерапевтического диалога:

- процедура знакомства: представление терапевта (психотерапевта, психолога, психиатра) и определение целевых задач психотерапевтических сессий, идентификация личности индивидуума, совершившего суицидальную попытку (*далее по тексту пациент*), и его микросоциального

окружения (проведение стандартного биографического, социально-демографического и микропсихологического интервью);

- процедура оценки душевного состояния пациента. Круг задаваемых вопросов в направлении от менее к более лично значимым: о самооценке характера (характерологических особенностей), об увлечениях (хобби) и личных привычках, об отношениях с микросоциальным окружением, в первую очередь, с лицами близкого круга, о способности позитивного контактирования (налаживания межличностных взаимоотношений) с окружающими, об аппетите и сне, о настроении, переживаниях (чувствах и ощущениях) и пр.

Форма задаваемого вопроса – краткая, прямая и открытая: «Какой Вы человек по характеру? Расскажите о своих увлечениях и о своих привычках? Какое сейчас у Вас настроение?» и т. д. Допускаются уточняющие вопросы, в особенности в ситуации косвенного выражения чувства: «У меня нет настроения». Уточняющий вопрос: «Вас беспокоит тоска, тревога, досада, ощущение бессилия? Или что-то иное?».

Заканчивается процедура вопросом о причине самопокушения: «Почему Вы так сделали? Что побудило Вас совершить покушение на свою жизнь?».

При оценке эмоционального состояния пациента делается акцент на самораскрытие переживаемых чувств тоски, тревоги, гнева, печали, обиды и враждебности к обидчику, бессилия, беспомощности, эмоциональной изоляции и безнадежности.

При выявлении пониженного фона настроения проводится шкальная оценка выраженности депрессии (по любой из шкал для оценки депрессии; анкета предоставляется пациенту для заполнения после проведения данной психотерапевтической сессии);

- процедура оценки лично значимой суицидоопасной проблемы. Проблема была озвучена пациентом на предыдущем этапе психотерапевтической беседы. Следует ограничивать повод от истинного мотива совершения суицидального акта. К примеру, повод: мать непустила дочь на свидание с молодым человеком, который антипатичен матери. Мотив: нарушение межперсональных связей коммуникативирования между дочерью и матерью.

Круг задаваемых открытых вопросов очерчен фабулой проблемы при соблюдении установки и позволит рассказать пациенту свою историю максимально полно. Посредством приема фокусировки проблемы без ее анализа проводится оценка эмоциональной и когнитивной составляющей переживаемого индивидуумом психологического дистресса и усиливается процесс эмоционального реагирования на психотравмирующую ситуацию.

В процессе психотерапевтической сессии по установлению эмпатического контакта (как и во время ведения последующих сеансов психотерапии) соблюдаются стандартные правила активного слушания и приемы ведения и поддержания продуктивной беседы. Сосредоточенность индивидуума во время психотерапевтической сессии на своих чувствах с

внешними проявлениями с его стороны признаков эмоциональной разрядки свидетельствует об установлении доверительных отношений и формировании конструктивного психотерапевтического диалога, что позволяет перейти к проведению последующих этапов психотерапевтической коррекции.

2. Процедура суицидодиагностики, проводимая терапевтом, схематизирована по пунктам:

- мотивы и повод;
- суицидальный план и обстоятельства совершенной попытки;
- личностный смысл суицидального поведения и тип непатологической ситуационной реакции;
- суицидальные мысли и попытки в прошлом;
- тип постсуицидального состояния;
- статусные суицидогенные и антисуицидальные факторы;
- форма защитного поведения в психотравмирующих ситуациях.

Элементы процедуры суицидодиагностики использовались на предыдущем этапе психокоррекции, поэтому конкретный сценарий процедуры определяется потребностью уточнения недостающих звеньев в суицидогенезе аутоагрессивного поведения у пациента.

Проведение процедуры с помощью прямых вопросов подготавливает пациента к интеллектуальной обработке (осознанию) внутреннего смысла своей психологической проблемы (или проблем), а терапевту позволяет выявить активность суицидальных тенденций, оценить степень выраженности суицидального риска, в т. ч. объективизировав ее с использованием оценочных шкал («Шкала суицидальных интенций» А. Бэка, «Шкала суицидального риска» Г.В. Старшенбаума и др.), и конкретизировать последующую тактику кризисного вмешательства.

Актуализация эмоциональных переживаний у пациента купируется посредством приема отражения и разделения эмоций (сочувственной вербализации переживаний пациента).

3. Анализ проблемы и ее разделение на части (подпроблемы), определение и прояснение сути суицидогенного конфликта (причин и мотивов).

Проведение процедуры определяется сформировавшейся у пациента психологической готовностью к детальному обсуждению психотравмирующей ситуации.

Интеллектуальное осознание внутреннего смысла значимой для пациента суицидоопасной проблемы опосредуется выполнением следующих пошаговых действий:

- актуализация проблемной ситуации без навязывания оценочных суждений с указанием на аналогичность ситуаций и переживаний у других людей. Приводятся примеры альтернативного суициду выхода из душевного кризиса других людей (как правило, примеры из собственной практики терапевта).

Необходимо спросить об имевших место в прошлом у пациента психотравмирующих ситуациях: «В жизни у любого человека были неприятные ситуации. И у Вас тоже. Вспомните некоторые из них». При утвердительном ответе уточняются события и обстоятельства возникновения ситуаций, применявшиеся пациентом способы их разрешения, использование им внешних источников психологической и практической поддержки. Акцент в расспросе ставится на детальное уточнение адаптивных способов разрешения конфликтных ситуаций и форм внешней психологической, социальной и другой поддержки с обязательным положительным подкреплением личных успехов и достижений по преодолению жизненных трудностей («Совершенно правильно поступили в этой ситуации... Ваши действия были адекватны ситуации... Правильно поступили, обратившись за помощью к другим людям...» и пр.).

Осознание пациентом значимости внешней поддержки и актуализация продуктивных форм личных психологических защит повышает уверенность в своих возможностях по разрешению текущего суицидального кризиса;

- структурирование ситуации во временной последовательности ее кризисного развития. Соответствующими вопросами прослеживается этапность развития психотравмирующей ситуации, и вычленяются наиболее важные события, лежащие в основе формирования кризиса. Совместное обсуждение причинной связи между определенной последовательностью развития ситуации и предшествующими событиями актуализирует у пациента критическое осмысление ситуации и способствует снятию ощущения безысходности и тупика;

- разделение проблемы на составляющие (подпроблемы). Структурирование проблемной ситуации во временной последовательности позволяет выделить узловые моменты конфликта, которые подлежат аналитическому разбору. К примеру, в ситуации конфликта с детьми таковыми могут быть несправедливое отношение с их стороны (оскорбления, унижения), неудовлетворенность их поведением и личными качествами, недостаточное внимание и забота с их стороны. Вопросы формулируются в контексте побуждения к изменению позиции пациента по отношению к рассматриваемой проблеме (подпроблеме). К примеру, в ситуации неудовлетворения поведением детей: «Чувствуется, что их поведение Вас раздражает? Вы предпринимали какие-либо попытки изменить форму их поведения? Понять, почему они поступают именно так?». Вопрос, поставленный таким образом, требует от пациента ответа «да» с последующим пояснением его действий, направленных на изменение неудовлетворительного поведения детей, и анализом собственной позиции в какой-то конкретной ситуации формирующегося кризиса. Следует учитывать, что сам факт самопокушения в определенной степени снимает остроту кризисной ситуации и побуждает пациента к переоценке своего отношения к обстоятельствам кризиса. Наводящими вопросами всегда можно получить от пациента ответ, прямо или косвенно говорящий об изменении его позиции к имевшим (имеющим) место проблемам и трудностям.

В процессе проработки деталей конфликта активизируются антисуицидальные ресурсы микросоциального окружения (семья, друзья, коллеги по работе, товарищи по учебе). Выделение среди них значимых для пациента с обязательным положительным подкреплением («Как видите, Ваша семья надежный помощник для преодоления жизненных трудностей... У вас есть друзья, к которым Вы можете обратиться за помощью... Вам доступна помощь и Вам готовы помочь коллеги по работе... товарищи по учебе...» и т. д.) мобилизует личностную защиту и нивелирует ощущения эмоциональной изоляции и безнадёжности.

Чем детальнее проведена проработка конфликта и максимально полная вербализация антисуицидальных ресурсов микросоциального окружения, тем выше эффективность терапии. Проведение процедуры усиливает процесс интеллектуального осознания и овладения ситуацией и подготавливает пациента к самооценке личного вклада в развитие конфликтной ситуации;

- анализ личного вклада в развитие конфликтной ситуации. Подчеркивается, что в формировании кризиса участвуют несколько сторон, одна из которых – пациент. Наводящими вопросами, допускающими предположения, пациент самостоятельно устанавливает приоритеты отдельных аспектов личной ответственности в развитии конфликтной ситуации: «Эмоциональная несдержанность, зависимость от других людей, повышенное чувство ответственности, болезненное восприятие критики и ряд других индивидуальных особенностей человека способствуют возникновению душевного кризиса. Вероятно, и некоторые особенности вашего характера могли сыграть свою неблагоприятную роль?.. (пауза для размышления и ответа на вопрос)... Вероятно, Вы – человек, который не может прощать?.. Так уж ли несправедливы требования Ваших родителей?..» и др.

Перечень вопросов формируется с учетом индивидуально-психологических свойств личности пациента, мотивов и личностного смысла суицидального поведения и характера психологических защит в стрессовых ситуациях.

Процедура оценки личного вклада в развитие конфликтной ситуации активизирует антисуицидальные личностные ресурсы (выраженная эмоциональная привязанность, родительские обязанности, чувство долга и понятие о чести, представление о неиспользованных жизненных возможностях, зависимость от общественного мнения и др.). Их необходимо выявить целенаправленным опросом. Вопросы должны быть краткими, рассчитанными:

- на эмоциональную привязанность к значимому другому: «У Вас есть близкий Вам по духу человек?»;

- родительские чувства (родственные обязанности): «Расскажите о своих обязанностях в семье, об отношениях между членами семьи»;

- выраженное чувство долга и понятие о чести: «Вы человек обязательный?» (ассоциация слова «обязательность» с понятиями «человек

долга», «человек чести» у индивидуума с обостренным чувством долга и понятием о чести);

- представление о неиспользованных жизненных возможностях: «Нет сожаления по поводу поставленных Вами и недостигнутых целей?»;

- зависимость от общественного мнения: «Мнение других людей, мнение общества всегда ли важно для человека?» (у зависимого от общественного мнения контрперенос слова «человек» на собственную персону и стандартный ответ – «Да, всегда», а далее следуют рассуждения «почему всегда»);

- наличие планов, определяющих цель в жизни: «Каждый человек в той или иной степени планирует свою жизнь. Как Вы себе представляли свою будущую жизнь?»;

- наличие эстетических критериев в мышлении: «Для Вас очень важно всегда быть в форме, всегда выглядеть красивым? Или, к примеру, в домашней обстановке это не так уж и важно?».

Выявление определенного антисуицидального личностного фактора (факторов) проводится посредством оценки полноты ответа на поставленный вопрос и его эмоциональной окраски. Последующими вопросами требуется максимально полно вербализировать значимый для пациента фактор (факторы) антисуицидального личностного ресурса.

Тактика терапевта при работе с антисуицидальными личностными ресурсами: ситуативное одобрение («Ваша эмоциональная привязанность к этому человеку позволяет всегда рассчитывать на его поддержку... У Вас высоко развито родительское чувство, что является надежной опорой в трудных жизненных ситуациях... Обостренное у Вас чувство долга и понятие о чести должны служить ориентирами выбора правильного решения в конфликтных ситуациях... Для Вас значимым является общественное мнение, и Вы правильно делаете, что к нему прислушиваетесь...» и т. д.).

Процедура оценки личного вклада в развитие конфликтной ситуации и сопряженной с нею мобилизации антисуицидальных личностных резервов способствует повышению самоуважения и уверенности в своих возможностях по разрешению текущего душевного кризиса.

Как и на предыдущих этапах терапии, используется прием отражения и разделения эмоций для дезактуализации эмоциональных переживаний у пациента.

4. Завершение психотерапевтической сессии.

Проводится в произвольной форме. К примеру, от имени терапевта: «Наша встреча заканчивается. Вы хороший человек. Мне понятны Ваши проблемы. Я открыт и готов Вам помочь. Наша следующая встреча будет...». Назначается дата и время следующей психотерапевтической сессии с определением ее терапевтических задач и пошаговых действий, что позволяет купировать обусловленное ожиданием расставания состояние ситуационной фрустрированности у пациента и психологически настроить его к последующей встрече. Далее следуют слова прощания: «До свидания. До новых встреч».

Вторая психотерапевтическая сессия

Является логическим продолжением первой. Проведению сессии предшествует тщательная подготовка с учетом анализа материала предыдущей, в первую очередь, на основании полученных данных суицидодиагностики.

Основная цель – завершение этапа интеллектуального осмысления и овладения кризисной ситуацией с ее точной формулировкой (трансформация проблемы в задачу для решения).

Пошаговые действия

1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций психотерапевтического сообщества.

Применяется классический прием узнавания эмпатических контактов и расширения доверительных границ коммуникации.

2. Анализ желаний и требований пациента:

- процедура оценки желаний пациента. Поясняется, что желания – это внутренняя потребность человека, что они индивидуальны и лежат в сфере физического («Быть внешне красивым, сильным, мужественным, здоровым... А еще какие?.. Лично Ваши желания этого плана...»), духовного усовершенствования («Быть умным, образованным, справедливым, добрым, отзывчивым... А лично Ваши желания духовного самоусовершенствования?..»), межличностных отношений, в т. ч. с друзьями («Чувствовать себя раскрепощенно в любой компании... Иметь много друзей или одного, но надежного друга... Чтобы тебя уважали и любили другие люди... Быть душой компании, стремиться приобрести широкий круг общения или, наоборот, предпочитать одиночество... Каковы Ваши личные предпочтения в сфере общения с другими людьми?..), семейных взаимоотношений («Спокойствие и порядок в семье... Взаимопонимание между членами семьи и уважение друг к другу... Взаимовыручка, доброжелательность, порядочность, открытость... Что еще Вы могли бы добавить к сказанному?..), учебной или профессиональной деятельности («Стремление к получению знаний... к профессиональному росту... Удовлетворенность своей учебной или работой... Иметь престижную профессию... Какую именно?.. А что еще, с Вашей точки зрения?..»). И далее, подчеркнув, что желания человека многообразны, спросить: «Назовите другие свои желания. Чего Вы хотите от жизни? О чем мечтаете?».

Уточняющими вопросами требуется расширить спектр высказываний пациента, в особенности имеющих прямое отношение к конфликтной ситуации.

Опрос пациента проводится с учетом его возраста, семейного и общественно-профессионального положения, мотивов и обстоятельств самопокушения.

Последующие действия терапевта: пояснить, что желания индивидуума – это его стремление к самоусовершенствованию (физическому и духовному), к гармонизации взаимоотношений с окружающим его социумом (с другими людьми, включая близких, друзей, сослуживцев и т. д.) и

удовлетворению своих потребностей жизнеобеспечения (семья, дом, работа, досуг, качественное питание, красивая одежда и т. д.). Далее поставить перед пациентом вопрос: «Не касаясь конфликтной ситуации, в настоящее время, какие Ваши желания удовлетворены и какие Ваши мечты сбылись?». (Помочь наводящими вопросами максимально отразить ответ на вопрос с ситуативным одобрением «как богат Ваш духовный мир», «как много Вы уже достигли в жизни» и пр.) Следующий вопрос: «Как Вы считаете, данная конфликтная ситуация связана с потерей определенных Ваших желаний и с ограничением возможностей для реализации других?». Постановка вопроса в какой-то степени абстрактная, и не всякий пациент способен идентифицировать потерю (ослабление) вследствие конфликта ряда своих жизненных устоев (веру в порядочность других людей, способности дружить, любить и т. д.). Этого и не требуется. Отвечая на вопрос, пациент возвращается к воспоминаниям событий психотравмирующей ситуации, но с учетом проведенной при помощи терапевта самоидентификации всего спектра жизненных личностных потребностей (желаний), «оживление» психотравмирующих событий, как правило, не сопровождается аффективной напряженностью и не отмечается психологическим сопротивлением психотерапевтическому вмешательству.

Проведение процедуры повышает уровень самооценки, мобилизует и усиливает антисуицидальный личностный потенциал и формирует психологическую установку на то, что кризис привел к временной потере только части жизненных ценностей;

- процедура оценки требований пациента в ситуации суицидального кризиса. Напомнить, что в ситуации конфликта участвуют несколько сторон, каждая из которых имеет и предъявляет свои требования к противоположной стороне, отражаемые, как правило, в форме претензий.

Предложить пациенту составить свой список претензий к противоположной стороне конфликта. Учитывая сложившееся у терапевта мнение о пациенте как личности, знание мотивов, обстоятельств и личностного смысла самопокушения, врач вправе активно участвовать в озвучивании такого списка, не ограничивая при этом инициативу и свободу действий пациента: «Вы, наверное, хотели бы еще о чем-то сказать?.. Мне кажется, что у Вас больше претензий к противоположной стороне конфликта? Или я ошибаюсь?..». И только после утвердительного ответа пациента, указывающего на то, что исчерпан весь ресурс предъявляемых претензий к противоположной стороне конфликта, следует предложение оценить позицию другой стороны конфликта: «В Вашей истории конфликта Вами же озвучивались претензии в Ваш адрес с противоположной стороны. В частности, такие-то... Или, может быть, я не совсем правильно Вас понял?». В рассказе пациента претензии к нему противоположной стороны конфликта всегда присутствуют: либо прямо им высказываемые, либо в завуалированной форме. Во время проведения первой психотерапевтической сессии их следовало запоминать.

После озвучивания актуальных для данной конфликтной ситуации претензий сторон, не навязывая своего мнения пациенту, спросить: «Так ли уж справедливы Ваши претензии к другой стороне конфликта?.. А претензии по отношению к Вам противоположной стороны конфликта?..». Проводимый пациентом самоанализ внутренне подготавливает его к ответу на следующий вопрос: «Как Вы думаете, в какой степени Ваша позиция в конфликте, Ваши требования к другой стороне конфликта повлияли на Ваш выбор: совершить покушение на собственную жизнь?».

Проведение процедуры позволяет пациенту взглянуть на проблему со стороны (дистанцироваться от нее) и разрушает негативный образ конфликтной ситуации, что в совокупности повышает уровень критического осмысления и овладения ситуацией.

3. Формулировка кризиса.

Терапевтом обобщается вся полученная информация и озвучивается точная формулировка психотравмирующей ситуации, ясная и психологически понятная для пациента. Допускается корректировка формулировок терапевта, вносимая пациентом: «Вы согласны или хотите что-то добавить...».

4. Завершение психотерапевтической сессии по отработанному стандарту.

Третья психотерапевтическая сессия

Основная цель – совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации.

Пошаговые действия

1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций психотерапевтического сообщества.

2. Мобилизация антисуицидальных внутренних и внешних ресурсов:

- активизация антисуицидальных внутренних ресурсов. Подробная проработка выявленных на предыдущих этапах психокоррекции антисуицидальных личностных резервов. Она ведется в ракурсе практического приложения. К примеру, у пациента с высокой эмоциональной привязанностью к конкретному человеку, указав ему на наличие таковой, спросить в форме подтверждающего ответа: «В будущем в ситуации душевного кризиса Вы могли бы обратиться к нему за помощью? Это на самом деле так?..»;

- активизация антисуицидальных внешних ресурсов (микросоциального окружения). Подробная проработка выявленных на предыдущих этапах психокоррекции антисуицидальных внешних резервов. Проработка также ведется в ракурсе практического приложения. Вопросы, поставленные в форме подтверждающего ответа, касаются оценки ресурсов семьи («У Вас отличная семья, к которой всегда можно обратиться за помощью в ситуации переживаемого душевного кризиса, не так ли?..»), близких друзей («Ваши друзья всегда готовы Вам помочь в трудное для Вас время, это правда?..»), коллег по работе («Ваши хорошие отношения с коллегами по работе как гарантия их помощи для преодоления жизненных

трудностей, я прав?..) или товарищей по учебе («Я полагаю, что близкие отношения с товарищами по учебе Вы намерены в будущем использовать для преодоления неблагоприятных для Вас ситуаций? Или я ошибаюсь?..»).

Подбор и постановка вопросов проводится с учетом возраста, особенностей личности пациента, мотивов и обстоятельств данного самопокушения. Дополнительными вопросами, побуждениями к продолжению рассказа и к повтору высказываний достигается полная идентификация комплекса антисуицидальных резервов у пациента.

Проведение процедуры активизирует и мобилизует антисуицидальные ресурсы пациента с формированием психологической установки на необходимость их использования в кризисных ситуациях.

3. Исследование альтернатив:

- процедура изучения факторов антисуицидального ресурса применительно к данной конфликтной ситуации. Подбор лично значимых антисуицидальных внутренних и внешних факторов проведен терапевтом заранее. Предложить пациенту переиграть ситуацию: «Вы знаете свои антисуицидальные внутренние и внешние ресурсы, которые помогли бы Вам достойно выйти из конфликтной ситуации, и Вы не совершили бы самопокушения (от имени терапевта идет перечисление этих ресурсов). Вернемся к истокам ситуации, к некоторому моменту времени, предшествующему Вашей попытке самопокушения. Как могли бы Вы воспользоваться своими антисуицидальными ресурсами, чтобы избежать принятия решения о самопокушении? С Вашего разрешения я буду помогать Вам наводящими вопросами. Но инициатива в рассказе принадлежит исключительно Вам». Далее следует конкретное предложение по исследованию факторов антисуицидального ресурса как альтернативы самопокушению. К примеру, ситуация неудачной любви у молодой девушки: «Как следует из Вашей истории, разрыв с молодым человеком для Вас не был неожиданностью. Вы разрыв предчувствовали. Но не обратились за советом и помощью к своей лучшей подруге. Представим себе ситуацию, что Вы всё-таки обратились к ней за советом и помощью. Какой совет Вы могли бы от нее услышать? Какую поддержку она могла бы Вам оказать?». Предоставляется возможность для ответа на поставленные вопросы. После этого проводится анализ другого антисуицидального фактора: «Для Вас мама – самый дорогой человек на свете. Почему Вы не обратились к ней за советом и помощью? А если бы обратились, что она Вам посоветовала бы, какую поддержку оказала?».

При проведении процедуры всегда следует делать акцент на повышении значимости взаимоотношений с лицами из ближайшего окружения с частым использованием приема ситуативного одобрения и на поиске новых лиц, с которыми пациент мог бы установить высокозначимые отношения: «Кто еще мог бы помочь Вам в этой ситуации? К кому Вы могли бы обратиться за помощью и советом, но не обратились в силу ряда обстоятельств?..».

Проведение процедуры формирует у пациента внутреннюю готовность к поиску конкретного выхода из кризисной ситуации.

Проанализируем побуждение к поиску альтернатив выходу из кризиса (идентификация целей). Терапевтом озвучивается конфликтная ситуация, этапность ее развития, причинная связь между определенной последовательностью развития ситуации и предшествующими событиями и открыто ставятся вопросы: «Что надо делать, чтобы преодолеть кризис? Какой путь наиболее приемлем для Вас?..». Вопросы обращены непосредственно к пациенту и побуждают его к ответу. Выбор пациентом рационального выхода из кризисной ситуации проводится при непосредственном участии терапевта без навязывания с его стороны своего мнения. За пациентом сохраняется право выбора рассматривать один или более вариантов разрешения ситуации. Задача терапевта – помочь выбрать из них наиболее оптимальный и приемлемый для пациента.

Следует учитывать, что выбор пациентом выхода из ситуации, как правило, осуществляется поэтапно:

1) неуверенное отрицание возможности достойного выхода из ситуации (прием преодоления отрицания разрешения ситуации – обращение к прошлому опыту пациента: «Вы не правы! У Вас есть успешный опыт преодоления кризисных ситуаций. Вы сами об этом говорили. Вспомните, к примеру...»);

2) принятие взаимоисключающих друг друга решений (прием преодоления полярности решений – предложить привести аргументы в пользу каждого решения и правильным считать то, которое будет более аргументированным);

3) принятие возможности частичного решения своих проблем (прямое указание от терапевта: «Да, это компромисс, но проблему он не решает. Продолжим рассмотрение вариантов...»);

4) идеальный компромисс (идентификация оптимального выбора разрешения ситуации – одобрение и согласие со стороны терапевта).

Тактика терапевта во время проведения процедуры: предоставление инициативы с обращениями к пациенту («Итак, каков Ваш план разрешения кризиса?.. Ваши предложения по выходу из ситуации... Пожалуйста, поясните... Каковы следующие Ваши действия?..» и т. д.), ситуативное одобрение планов пациента, наводящие вопросы, допускающие предположение (к примеру, в ситуации неудачной любви у молодой девушки: «Вероятно, есть желание познакомиться с другим молодым человеком, соответствующим Вашим идеалам?..»), уместное молчание как невербальная форма побуждения к вербализации пациентом своих планов, высказывание гипотез о возможных способах разрешения кризисной ситуации (предлагаемые гипотезы не должны вступать в противоречие с системой ценностей пациента).

Конечным результатом проведения процедуры является осознание пациентом наиболее приемлемого пути разрешения кризисной ситуации.

4. Завершение психотерапевтической сессии по отработанному стандарту.

Четвертая психотерапевтическая сессия

Основная цель – принятие решения по выходу из кризисной ситуации, согласование плана действий, заключение контракта и формирование мотивации для дальнейшего сотрудничества.

Пошаговые действия

1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций психотерапевтического сообщества.

2. Активизация личностной установки на рациональный выход из кризисной ситуации.

Процедуру начинает терапевт, подчеркивая, что переживаемый пациентом кризис превратился во вполне управляемую проблему, и предлагает пациенту более подробно вербализировать свои действия по преодолению кризисной ситуации: «Итак, Вы решили, что последовательность Ваших действий будет следующей... Пожалуйста, перечислите их». Используя приемы активной психологической поддержки и придания пациенту уверенности в своих силах и возможностях («Я Вас внимательно слушаю... Продолжайте, пожалуйста... Да, это правильный выбор... Я с Вами согласен... Ваши сомнения мне понятны, мы их обсудим отдельно...» и др.), позволить ему высказать весь план действий по разрешению кризисной ситуации.

3. Принятие решения:

- анализ сомнений относительно каких-то конкретных деталей и действий намеченного плана по преодолению кризисной ситуации. Побудить пациента аргументировать свои сомнения: «Почему Вы сомневаетесь в правильности намеченных Вами действий? Объясните мне?». В доказательной базе нелогичности аргументов пациента опираться на его прошлый опыт по успешному преодолению имевших место жизненных трудностей (привести известные конкретные примеры с указанием, что в прошлом им уже осуществлялись схожие действия в кризисных ситуациях), а также на присущие ему личностные антисуицидальные факторы. Следует отметить, что пациент, психологически настроенный на успешное преодоление текущего кризиса, весьма чувствителен к убеждению и переубеждению касательно своих сомнений и опасений по поводу успеха в осуществлении намеченного плана. Поэтому решительность и настойчивость – ведущие компоненты в тактике терапевта при проведении данной процедуры;

- согласование плана действий. От имени терапевта кратко, ясно и последовательно излагается план действий по преодолению кризисной ситуации: «Это Ваш план действий. С Вашего позволения я его озвучил. Вы согласны?..». Так поставленный вопрос и процедура, предшествующая его постановке, побуждают пациента к осознанному принятию окончательного решения по выходу из кризисной ситуации.

4. Заключение контракта и формирование мотивации для дальнейшего сотрудничества.

С пациентом проводится беседа, направленная на укрепление уверенности в своих силах и возможностях, подчеркивается разделение ответственности терапевта за результат совместной работы. Обсуждаются планы на будущее с акцентуацией внимания пациента на его достаточную подготовленность к преодолению кризисной ситуации после выписки из стационара. Поддерживается решение по практической реализации плана действий выхода из кризиса. Указывается, что опыт разрешения данной кризисной проблемы будет полезен для преодоления жизненных трудностей в будущем.

Беседу завершает предложение продолжить контакты со специалистами службы психического здоровья, предоставляется информация о месторасположении амбулаторных подразделений психиатрической сети республики и оговаривается конкретная дата обращения после выписки из стационара. Подчеркивается, что возвращение на докризисный уровень психологического функционирования будет более успешным при консультативной поддержке специалиста амбулаторной сети службы психического здоровья республики, а в случае возникновения непредвиденных обстоятельств, затрудняющих возможность разрешения кризисной ситуации, своевременно будет предоставлена помощь, в том числе с включением пациента в программу долгосрочной терапии.

Общее примечание

Курс интенсивной краткосрочной психотерапии из 4-х ежедневных сессий продолжительностью каждой 1,5-3 ч – наиболее оптимальный в условиях ургентного отделения многопрофильной больницы. Первые две психотерапевтические сессии – кризисная поддержка и кризисное вмешательство, последующие – модулирующие адаптивную форму поведенческих действий преодоления суицидального кризиса.

Наряду с психотерапией проводятся лечебные мероприятия по купированию неосложненных соматоневрологических последствий самопокушения, назначаются лекарственные препараты общебиологического действия. В ряде случаев строго индивидуально и с учетом клинической симптоматики показаны психофармакологические препараты: небольшие терапевтические дозы транквилизаторов и антидепрессантов седативного действия. Исключение: не назначаются препараты, которые были использованы при попытке отравления.

Проведение социореабилитационных мероприятий в условиях ургентного отделения многопрофильной больницы ограничено. Среди таковых в ситуации семейного конфликта необходимыми являются беседы с супругом (партнером по гражданскому браку), родителями, взрослыми детьми и другими близкими родственниками с целью разъяснения причин и мотивов, вызвавших суицидальную попытку пациента, ликвидации суицидогенных семейных конфликтов и обращения за советом и помощью к психиатру (психотерапевту) при появлении в последующем у пациента

суицидальных намерений (прямых или косвенных высказываний или невербальных поведенческих действий суицидальной направленности). Та же тактика психотерапевтического сотрудничества применяется в ситуации межличностного конфликта интерперсональной фиксации на «значимом другом» (ситуация неудачной любви, конфликт с подругой или другом). Но сотрудничество становится возможным только при обоюдном согласии сторон конфликта.

При производственном или учебном конфликте с пациентом обсуждается возможность связаться с противоположной стороной конфликта (с представителями администрации, сослуживцами, преподавателями и т. д.) для разьяснения сложившейся ситуации и создания благоприятного для пациента психологического климата в коллективе. Согласие пациента на включение в психотерапевтическое сотрудничество субъекта (субъектов) производственного (учебного) конфликта является обязательным.

Стратегия и тактика психокоррекционного воздействия при иных психических и поведенческих расстройствах в условиях ургентного отделения многопрофильной больницы

С учетом сроков пребывания пациента в ургентном отделении многопрофильной больницы индивидуальная психотерапия ограничена 4-5 сессиями и представляет собой начальный этап реабилитационной программы с основной тактикой психотерапевтического воздействия, направленной на формирование у пациента устойчивой мотивации и установки к дальнейшему получению психолого-психотерапевтической помощи в амбулаторных или стационарных условиях психиатрической службы республики.

Пошаговые действия терапевта определяются соблюдением последовательности проведения кризисной терапии с учетом дифференцированного применения терапевтических приемов в зависимости от особенностей клинико-суицидологической характеристики состояния пациента.

На этапе кризисного вмешательства целесообразным является акцент психотерапевтического воздействия:

- на расстройства адаптации в ситуации конфликта мотивов или мотивов неблагополучия при наличии индивидуального представления о невозможности изменить ситуацию и отсутствии внутренней потребности и стремления к ее изменению. Ведущими компонентами кризисного вмешательства являются приемы: терапия ответственностью (вербализация права пациента самому распоряжаться своей жизнью, но с учетом, что его уход из жизни станет тяжелой травмой для близких ему людей) и терапия апперцепцией (стимуляция воображения пациента перспективами оптимистического будущего);

- непсихотические психические расстройства, за исключением расстройств зрелой личности и вызванных употреблением психоактивных веществ (пограничный уровень психической патологии). Ведущим

компонентом кризисного вмешательства является прием раскрытия внутренней картины болезни и ее взаимосвязи с конфликтной ситуацией;

- на расстройства зрелой личности и поведения. Ведущими компонентами кризисного вмешательства являются приемы четкой и психологически понятной формулировки индивидуально-личностных особенностей пациента как неадаптивных форм реагирования в кризисных ситуациях и разработки альтернативного суициду способа донесения до «значимого другого» (микросоциального окружения) желаний и требований пациента;

- психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Ведущими компонентами кризисного вмешательства являются приемы осознания пациентом проблемы зависимости от психоактивного вещества как основной причины его микросоциальной дезадаптации и активизация терапевтической установки на повышение собственных возможностей по преодолению зависимости от психоактивного вещества.

Программным постулатом кризисной терапии служит указание на недостаточную подготовку пациента в достижении намеченных целей по разрешению кризиса и необходимость повышения уровня адаптации. Начальный этап реабилитации завершает заключение с пациентом контракта на продолжение лечения после выписки из стационара.

Противопоказания к проведению психотерапии в условиях ургентного отделения многопрофильной больницы: психотический уровень психического расстройства, включая текущие эпизоды умеренной и тяжелой депрессии, деменция и умственная отсталость.