



Статья предоставлена в рамках обучения на курсе повышения квалификации
«Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов»
Дмитрий Иванович Шустов д.м.н., TSTA-P

АЛГОРИТМ ПРОВИТАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ ПРИ СБОРЕ СУИЦИДАЛЬНОГО АНАМНЕЗА В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д.И. Шустов, А.В. Меринов, А.Д. Шустов, Т.В. Клименко

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

ALGORITHM OF A PRO-ACTIVE THERAPEUTIC INTERVIEW DURING THE COLLECTION OF A SUICIDAL HISTORY IN NARCOLOGICAL PRACTICE

*D.I. Shustov, A.V. Merinov,
A.D. Shustov, T.V. Klimenko*

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
V.P. Serbsky National Medical Research Centre for
Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Информация об авторах:

Шустов Дмитрий Иванович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 3887-5475; Researcher ID: AAG-2198-2019; ORCID iD: 0000-0003-0989-6598). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: Dmitri_Shustov@mail.ru

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Шустов Александр Дмитриевич (SPIN-код: 8906-5399; AuthorID: 921822; Researcher ID: AAE-3523-2019; ORCID iD: 0000-0003-4088-5109). Место учёбы: аспирант ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119992, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (930) 870-81-82; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Клименко Татьяна Валентиновна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2275-4219; AuthorID: 575376; Researcher ID: AAC-6815-2019; ORCID iD: 0000-0003-1032-6277). Место работы и должность: заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119992, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (916) 671-40-78; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Information about the authors:

Shustov Dmitry Ivanovich – MD, Professor (SPIN-code: 3887-5475; Researcher ID: AAG-2198-2019; ORCID iD: 0000-0003-0989-6598). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: Dmitri_Shustov@mail.ru

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, Associate Professor (SPIN: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Shustov Alexander Dmitrievich (SPIN-code: 8906-5399; AuthorID: 921822; Researcher ID: AAE-3523-2019; ORCID iD: 0000-0003-4088-5109). Place of work and position: post-graduate student of the Department of Endogenous Psychoses of National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 119992, Moscow, 23 Kropotkiński per. Phone: +7 (930) 870-81-82; email: nscn@serbsky.ru

Klimenko Tatyana Valentinovna – MD, Professor (SPIN-code: 2275-4219; AuthorID: 575376; Researcher ID: AAC-6815-2019; ORCID iD: 0000-0003-1032-6277). Place of work and position: associate Director of National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 119992, Moscow, 23 Kropotkiński per. Phone: +7 (916) 671-40-78; email: nscn@serbsky.ru

Сбор суицидологического анамнеза в наркологии продолжает оставаться вопросом, нуждающимся в дальнейшей разработке. Прежде всего, это связано с формализацией самого процесса и получением нерелевантной информации. Большинство созданных тестов и опросников направлены, в лучшем случае, на констатацию наличия или отсутствия тех или иных, значимых для суицидологической практики паттернов и предикторов. Однако в нашей работе мы не встретили указаний на существование моделей интервью, носящих как диагностический характер, так и представляющих непосредственную возможность врачу-интервьюеру осуществлять базовое психотерапевтическое воздействие. Что, безусловно, важно не только для суицидологической практи-

ки, но и способно улучшить комплаентность взаимодействий в плоскости врач-пациент с формированием качественного терапевтического запроса в отношении лечения основного заболевания. Методика. Краткий вариант полуструктурированного провительного терапевтического интервью заключается в последовательном обсуждении ответов пациента на 17 вопросов. Данный ряд вопросов отражает наиболее существенные для диагностики аутоагрессивного поведения факторы, поэтому было принято решение использовать этот ряд вопросов в качестве терапевтического инструмента. Результаты и их обсуждение. Со времени первой публикации провительного терапевтического интервью в 2000 году оно было успешно использовано для решения поставленных исследовательских и терапевтических задач в целом ряде научных проектов, кандидатских и докторских диссертациях, где с успехом продемонстрировало свою эффективность и удобство использования. Предлагаемый сокращённый вариант также нашёл широкое применение в наркологической суицидологии, благодаря своей компактности и лёгкости использованию в практической работе. Отдельно стоит отметить терапевтическую направленность предлагаемого алгоритма, что, по сути, является его существенным и неоспоримым конкурентным преимуществом. Кроме того, предлагаемый подход позволяет осуществить деконфузию врача в отношении затрагиваемой тематики и избежать формализации сбора соответствующей части анамнеза, что существенно повышает вероятность обнаружения интересующей нас информации (которая, с большой вероятностью, была бы скрыта от интервьюера). Значение наличия объективной информации в контексте вторичной превентивной работы сложно переоценить. Заключение. Представляется целесообразным рекомендовать предлагаемый алгоритм провительного терапевтического интервью для широкого использования в работе врачей психиатров-наркологов, а также – сотрудников кризисных отделений.

Ключевые слова: суицидологический анамнез, суицид, суицидальное поведение, наркология

Выяснение суицидологического анамнеза в наркологии до настоящего времени является неким краеугольным камнем клинического интервью. Вопросы, касающиеся выяснения актуального аутоагрессивного статуса пациента, для многих врачей, к сожалению, нередко остаются чем-то стыдным и неловким. Формальность их «подачи» даёт вполне ожидаемые, неинформативные ответы [1, 2]. Разумеется, в связи с этим, ранее предпринимались неоднократные попытки создания структурированных интервью и опросников, способных облегчить процедуру сбора интересующих нас сведений. Одной из таких попыток был предложенное нами полуструктурированное терапевтическое интервью для выявления аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем [3-5].

Со времени первой публикации провительного терапевтического интервью в 2000 году [2] оно было успешно использовано для решения поставленных исследовательских задач в нескольких кандидатских и докторских диссертациях [6-12]. Процесс интервьюирования зависимых лиц предполагает ряд известных трудностей получения релевантной информации, которые связаны с проблемами контакта, доверия, процессами аддиктивного отрицания и игнорирования значимой информации, семантической несостоятельностью опрашиваемых в условиях аддиктивного расщепления личности [13, 14] и «алкогольной миопии» [15].

Например, четверть от всех опрошенных зависимых суицидентов вытесняли («забывали») и не сообщали о реальной совершённой ими ранее суицидальной попытке, факт которой подтверждали параллельно опрошенные жёны [10]. Вместе с тем, было отмечено, что качество опроса и диагностики непростых вопросов, касающихся аутоагрессивного поведения и вопро-

Clarification of a suicidological history in narcology to date is a kind of cornerstone of a clinical interview. The questions regarding the determination of the current auto-aggressive status of a patient, unfortunately, often remain something shameful and awkward for many doctors. The formality of their 'presentation' gives quite expected, uninformative answers [1, 2]. Of course, in this regard, earlier, several attempts were made to create structured interviews and questionnaires that could facilitate the collection of information of interest to us. One such attempt was the semi-structured therapeutic interview we proposed to identify auto-aggressive patterns in the past and present [3-5].

Since the first publication of the provital therapeutic interview in 2000 [2], it has been successfully used to solve set research problems in several PhD and doctoral dissertations [6-12]. The process of interviewing addicted persons implies a number of known difficulties in obtaining relevant information that are associated with problems of contact, trust, processes of addictive denial and neglect of significant information, semantic insolvency of respondents in the context of addictive split personality [13, 14] and "alcoholic myopia" [15].

For example, a quarter of all the interviewed addicted suicide attempters ousted ("forgot") and did not report a real suicidal attempt that they had made earlier, the fact of which was confirmed in parallel by the interrogated spouses [10]. At the same time, it was noted that the quality of the survey and diagnosis of difficult questions regarding auto-

сов отношения к смерти, повышалось, если между опрашиваемым и интервьюером существовали терапевтические отношения [4]. Мы также заметили, что интервью имеет терапевтический эффект, в том смысле, что ответы на столь существенные, порой экзистенциальные вопросы, способствовали осознанию (инсайту) аутоагрессивного контекста значимых для пациента привычных стилей поведения и стилей мышления так, что разработанные на этой основе методики провитальной психотерапии, адресованной к особенностям аддиктивной личности, существенно улучшали эффективность и противоялкогольной терапии [3, 4, 16, 17, 18].

Вместе с тем, оригинальное интервью в её полной версии требует большого количества времени и не укладывается в рамки одной терапевтической сессии (45-50 мин.), что предполагает стационарный вариант его использования и существенно затрудняет использование интервью в амбулаторной практике. Одним из авторов настоящей статьи (Меринов А.В.) в ходе исследования вопросов интервью, имеющих наибольшую факторную нагрузку по отношению к факту наличия суицидальной попытки в анамнезе, было предложено использование ограниченного числа вопросов (14 или 17) для быстрого количественного анализа суицидальной опасности зависимых лиц [5, 10]. Поскольку данный ряд вопросов отражал наиболее существенные для диагностики аутоагрессивного поведения факторы, было принято решение использовать этот ряд вопросов в качестве терапевтического инструмента.

В настоящей статье мы приводим терапевтический алгоритм применения провитального интервью, длительность которого в среднем не превышало 45 минут в рамках мотивирующей для прохождения длительных терапевтических программ беседы врача-нарколога и пациента. Следует отметить, что при выявлении риска возможного суицида в ближайшем будущем, признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), большой депрессии и ряда других состояний провитальное интервью может продолжаться вплоть до того момента, когда по словам Эдвина Шнейдмана (2001), врачу удастся приоткрыть штору в тёмную комнату пресуицидальной психики и выпустить немного света [19].

Методика опроса.

Краткий вариант полуструктурированного провитального терапевтического интервью состоит в последовательном обсуждении ответов пациента на 17 вопросов:

1. Наблюдались ли Вы у психиатра?
2. Пытались ли Вы покончить жизнь самоубийством?
3. Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством?

aggressive behavior and issues related to death increased, if there was a therapeutic relationship between the respondent and the interviewer [4]. We also noticed that the interview has a therapeutic effect, in the sense that the answers to such significant, sometimes existential questions, contributed to the awareness (insight) of the auto-aggressive context of habitual behaviors and thinking styles that are significant for the patient. As a result, the designed methodology of provital psychotherapy, aimed at the characteristics of an addictive personality, significantly improved the effectiveness of anti-alcohol therapy [3, 4, 16, 17, 18].

At the same time, the original interview in its full version requires a lot of time and does not fit into the framework of one therapeutic session (45-50 minutes) making it more useful for in-patient practice as it significantly complicates the use of interviews in outpatient practice. One of the authors of this article (Merinov A.V.) during the study of interview questions that have the greatest factor load in relation to a suicide attempt in personal history, proposed to use of a limited number of questions (14 or 17) for quick quantitative analysis of the suicidal risk of addicts [5, 10]. Since this series of questions reflected the most important factors for the diagnosis of auto-aggressive behavior, it was decided to use this series of questions as a therapeutic tool.

In this article, we present a therapeutic algorithm for the application of a provital interview, the duration of which on average did not exceed 45 minutes during the motivating conversation between a narcologist and a patient to encourage the latter to take on longer therapeutic programs. It should be noted that when identifying the risk of possible suicide in the near future, as well as the signs of post-traumatic stress disorder (PTSD), major depression and a number of other conditions, a provital interview can last till the moment when, according to Edwin Schneidman (2001), the doctor will be able to open the curtain in the dark room of the presuicidal psyche and let in some light [19].

Survey Methodology.

A short version of a semi-structured, provital therapeutic interview is a sequential discussion of the patient's answers to 17 questions:

1. Have you been seeing a psychiatrist?
2. Have you tried to commit suicide?
3. Have you thought of committing suicide?

4. Имели ли Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей? Были ли в Вашей семье трагические смерти родственников (самоубийства, убийства, несчастные случаи и др.)?

5. Для Вас характерно долго переживать вину?

6. Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?

7. Испытывали ли Вы острое чувство одиночества?

Были ли в течение последнего года особенно значимые для Вас потери?

8. Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?

9. Бывают ли у Вас эпизоды безысходности / беспомощности?

10. Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказам от пищи?

11. Подвергались ли Вы серьёзному физическому насилию?

12. Наносили ли Вы себе физические повреждения?

13. У Вас бывают эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла?

14. Вас часто мучают угрызения совести?

15. Были ли у Вас черепно-мозговые травмы с потерей сознания?

16. Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки?

17. Склонны ли Вы к неоправданному риску?

Существование 17 вопросов не означает, что пациент на каждый из них ответит утвердительно. Основные цели интервью – выявить и начать проработку опасных суицидальных или аутоагрессивных тенденций, помочь осознанию аутоагрессивной направленности аддиктивного поведения, то есть, помочь осознанию наличия смертельно опасного сценария жизни [20].

Дополнительные терапевтические цели интервью могут быть самыми разнообразными, например, мотивирующими к прохождению долгосрочной терапии в условиях стационара, реабилитационного центра или терапевтического сообщества.

Алгоритм работы с интервью и его обсуждение.

1. Наблюдались ли Вы у психиатра?

Если ответ «нет», переходите ко второму вопросу. Если ответ «да», выясните по поводу чего было обращение, связано ли оно с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) или суицидальной попыткой. Необходимо оценить психический статус пациента и его когнитивные способности, чтобы эффективно продолжать интервью.

2. Пытались ли Вы покончить жизнь самоубийством?

Если ответ «нет», переходите к третьему вопросу.

4. Have you had close relationship with a suicide attempter? Have there been any tragic deaths of relatives in your family (suicides, murders, accidents, etc.)?

5. Is it typical for you to experience guilt for a long time?

6. Do you have an obsessive feeling of shame?

7. Have you experienced an acute sense of loneliness? Have there been any particularly significant losses during the past year?

8. Do you tend to have episodes of depression that has no obvious causes?

9. Do you tend to experience episodes of hopelessness / helplessness?

10. Are you prone to periodic overeating or refusal of food?

11. Have you suffered a serious physical abuse?

12. Have you physically harmed yourself?

13. Do you have times when you do not see any meaning in life?

14. Are you often tormented by remorse?

15. Have you had traumatic brain injury with loss of consciousness?

16. Do you have any dangerous hobbies or habits?

17. Are you prone to undue risk?

Presenting 17 questions does not mean that the patient will answer all of them affirmatively. The main objectives of the interview are to identify and initiate working out dangerous suicidal or auto-aggressive tendencies, to help become aware of the auto-aggressive orientation of addictive behavior, that is, to help realize the existence of a deadly life scenario [20].

Additional therapeutic goals of the interview can be very diverse, for example, to encourage undergoing long-term therapy in a hospital, rehabilitation center or therapeutic community.

The algorithm for working with the interview and its discussion.

1. Have you been seeing a psychiatrist?

If the answer is no, go to the second question. If the answer is “yes”, clarify what it was about, whether it is associated with the use of psychoactive substances or a suicidal attempt. It is necessary to evaluate the mental status of the patient and their cognitive abilities in order to effectively continue the interview.

2. Have you tried to commit suicide?

If the answer is no, go to the third question. If the answer is yes, clarify the age of the attempt and if the attempt was recent, you need to evaluate the current risk and make a

Если ответ «да», выясните давность попытки и, если попытка была недавней – необходимо оценить существующий на данный момент риск и принять решение, например, о неотложной (в том числе, недобровольной) госпитализации, особенно, если на вопрос: «Думаете ли Вы повторить попытку?», пациент отвечает: «Да», и/или имеет план («Есть ли у Вас план, каким образом Вы собираетесь покончить с жизнью?») совершения новой попытки.

Если попытка или попытки были в анамнезе, необходимо выяснить их число, обстоятельства принятия суицидального решения в каждом случае, способ и что явилось непосредственной причиной суицида – «последней каплей», оценить связь с употреблением ПАВ. Необходимо выяснить – кто оказал помощь и где. Если пациент сам предпринял меры к сохранению жизни – дать позитивное подкрепление, например, похвалить, за эти действия, подчеркнуть провитальные факторы, которые повлияли на это позитивное решение пациента.

Если на вопрос: «Думаете ли Вы повторить попытку?», пациент отвечает: «Нет», необходимо поддержать это решение, сказав, например, что это умное и ответственное решение. Необходимо пригласить пациента заключить «антисуицидальный контракт» в письменной форме [18, 21] или устной, получив обещание пациента не совершать суицидальной попытки, сделанное из Нормативного Я – нормативной части личности [13] или Взрослого Эго-состояния [22]. Пригласите пациента составить «план безопасности» – записанного пациентом алгоритма быстрых действий на случай актуализации суицидального побуждения; план должен храниться в доступном пациенту и видимом месте, например, на подоконнике [21].

3. Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством?

Если ответ «нет», переходите к четвертому вопросу. Если ответ «да», необходимо выяснить актуальность этих мыслей на сегодняшний день, в том числе, спросив о наличии или отсутствии реального плана суицидальных действий. Если такой план есть, необходимо оценить суицидальный риск и возможности пациента самостоятельно совладать с кризисом, а также поддерживающие провитальные возможности его окружения. Если риск высокий, а возможности пациента и его окружения недостаточные, необходимо принять решение о госпитализации (см. пункт 2), или обратиться за помощью к родственникам (сопровождающим) корректно, возможно с разрешения пациента, поставив их в известность о существующей опасности для пациента, или пригласить пациента принять помощь третьих лиц, например, представителей терапевтического сообщества.

Если пациент говорит об отсутствии в настоящий

decision, for example, about urgent (including involuntary) hospitalization, especially if the patient replies positively to questions like: “Are you thinking of trying it again?”, “Do you have a plan of how you are going to end your life?”

If there was/were attempt/attempts in the anamnesis, it is necessary to find out their number, the circumstances of the suicidal decision in each case, the method and what was the direct cause of suicide – the “last drop”, to assess the relationship with the substance abuse. It is necessary to find out who provided help and where. If the patient themselves took measures to preserve life – give positive reinforcement, for example, praise these actions, emphasize the factors that influenced this positive decision of the patient.

If the patient replies negatively to the question: “Do you think to try again?”, it is necessary to support this decision, saying, for example, that this is a smart and responsible way to deal with the situation. It is necessary to invite the patient to make an “anti-suicidal contract” in written form [18, 21] or verbally, having received the patient’s promise not to make a suicidal attempt from the Normative Self - the normative part of the person [13] or the Adult Ego state [22]. Invite the patient to draw up a “safety plan” - a quick-action algorithm written down by the patient in case of actualization of suicidal impulse; the plan should be kept in a place accessible to the patient and visible, for example, on the windowsill [21].

3. Have you thought of committing suicide?

If the answer is no, go to question four. If the answer is yes, it is necessary to find out the relevance of these thoughts to date, including asking about whether there exists a real plan of suicidal actions. If there is such a plan, it is necessary to assess suicidal risk and the patient's ability to independently cope with the crisis, as well as supporting the pro-vital opportunities of their environment. If the risk is high, and the patient and their environment are insufficient, it is necessary to insist on hospitalization (see paragraph 2), or to seek help from relatives (accompanying persons) correctly, possibly with the permission of the patient, informing them of the existing danger to patient, or invite the patient to accept the help of third parties, for example, representatives of the therapeutic community.

If the patient says that there are currently no actual suicidal thoughts, you need to express your positive attitude (“It’s good that you

момент актуальных суицидальных мыслей, необходимо подтвердить свою удовлетворённость их отсутствием («Это хорошо, что сейчас Вы свободны от мыслей о суициде!»), а также спросить разрешения поговорить о ситуациях и причинах, которые способствуют появлению такого рода мыслей. Отдельно обсудить связь этих мыслей с приёмом алкоголя и ПАВ. Необходимо также обсудить какие объективные или субъективные факторы способствуют выживанию, останавливают поток суицидальных мыслей и, тем более, действий. Нужно подчеркнуть значимость этих факторов, например: «Я согласен, что Ваша помощь и поддержка нужна Вашим детям!», а также дать позитивные стимулы личности пациента за поддержание провитального поведения, несмотря на факты интоксикации. Пригласите пациента заключить антисуицидальный контракт и составить «план безопасности».

4. Имели ли Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей? Были ли в Вашей семье трагические смерти родственников (самоубийства, убийства, несчастные случаи и др.)?

Если ответ «нет», переходите к пятому вопросу. Если ответ «да», то попросите пациента рассказать об этих случаях, время от времени поощряя его рассказ, поскольку возможно он впервые рассказывает об этом заинтересованному слушателю. Подчеркните связь трагических событий с употреблением алкоголя и ПАВ (если она есть), обозначьте своё сочувствие пациенту. Уточните возраст трагически погибших родственников и соотнесите этот возраст с настоящим возрастом пациента. При работе с четвёртым вопросом врач способен отметить часто встречающиеся трагические модели жизни в семье пациента [23] или «сценарии жизни» в виде неосознаваемого жизненного плана, употребляя язык транзакционного анализа [20, 24, 25]. Становится особенно наглядным изображение этой трагической передачи, если использовать метод генограмм [26, 27], который, однако, требует временных затрат.

Если вы диагностируете «синдром годовщины» [28] или «страх срочной смерти» [4, 21] необходимо оценить суицидальный риск (см. выше) и/или пригласить пациента к краткосрочной психотерапии этих состояний [18] сразу же в момент интервью или позже.

Следует отметить, что воспоминание о трагически погибших родственниках и связь их судеб с собственной судьбой (включение их в автобиографический нарратив) в контексте сценария жизни, способствует осознанию сценария и его изменению [29]. Всегда нужно учитывать терапевтический контекст такого рода беседы, приглашая пациента изменить свой сценарий, прекратив употребление алкоголя и ПАВ.

Оцените вклад патологического или нормального траура в состояние пациента и поощрите его, если

are now free from thoughts of suicide!»), still you should ask for permission to talk about situations and reasons that lead to this kind of thoughts. Additionally, you should discuss the connection of these thoughts with alcohol and other substances. It is also necessary to discuss which objective or subjective factors contribute to survival, stop the flow of suicidal ideation and, especially, actions. It is necessary to emphasize the importance of these factors, for example: “I agree that your children need your help and support!”, and also give positive incentives to the patient for maintaining pro-vital behavior despite the facts of intoxication. Invite the patient to enter the anti-suicidal contract and draw up a “safety plan”.

4. Have you had close relationship with a suicide attempter? Have there been any tragic deaths of relatives in your family (suicides, murders, accidents, etc.)?

If the answer is no, go to the fifth question. If the answer is “yes”, then ask the patient to tell more about these cases, occasionally encouraging their story, because perhaps for the first time they will be telling this to an interested listener. Show the connection of tragic events with the use of alcohol and substances (if any), demonstrate your sympathy for the patient. Check the age of the tragically dead relatives and correlate this age with the patient's actual age. When working with the fourth question, the doctor is able to note often tragic life patterns in the patient's family [23] or “life scenarios” in the form of an unconscious life plan, using the language of transactional analysis [20, 24, 25]. The image of this tragic transmission becomes especially clear if we use the method of genograms [26, 27], which, however, requires time.

If you are diagnosing “anniversary syndrome” [28] or “fear of urgent death” [4, 21], it is necessary to assess suicidal risk (see above) and / or invite the patient to short-term psychotherapy of these conditions [18] right during the time of the interview or right after.

It should be noted that the recollection of the tragically dead relatives and interconnection of their destinies with their own (including them in an autobiographical narrative) in the context of the life scenario contributes to the awareness of the scenario and its change [29]. You must always consider the therapeutic context of such type of conversation inviting the patient to change their scenario by stopping alcohol and substances abuse.

Assess the contribution of pathological or normal mourning to the patient's condition and encourage them, if necessary, to psychothera-

необходимо, к психотерапии утраты.

5. Для Вас характерно долго переживать вину?

Если ответ «нет», переходите к шестому вопросу.

Если ответ «да», то попросите пациента раскрыть это чувство и связанные с ним события. Если вина носит иррациональный характер [30], то нормализуйте её, сказав, например: «Я не думаю, что Вы виноваты в случившемся. Каждый человек делает свой выбор».

Оцените, не являются ли идеи самообвинения частью депрессивного синдрома. Если «да», оцените суицидальный риск и примите решение относительно возможной фармакотерапии.

Продемонстрируйте пациенту свою готовность прощать и поощрите процесс самопрощения. Помните, что процесс прощения или самопрощения имеет стадийность и требует нескольких психотерапевтических сессий [31].

6. Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?

Если ответ «нет», переходите к седьмому вопросу.

Если ответ «да», необходимо понимать, что чувство стыда связано с тщательно скрываемыми, «стыдными» событиями в жизни пациента. Не следует ожидать быстрого самораскрытия на этом этапе. Если же пациент намерен говорить об этих событиях, то следует эмпатически (безоценочно) его выслушать и, по возможности, нормализовать стыд, сказав, например: «Я понимаю, что в той ситуации Вы не могли действовать по-иному» или «У Вас не было ресурсов сопротивляться, Вы были ещё маленькой (им)». С учётом ответов на предыдущие вопросы, подумайте о связи стыда с суицидальными идеациями и оцените суицидальный риск. Пригласите пациента на индивидуальную сессию, чтобы терапевтически работать со стыдом [30]. Помните, что стыд или вина могут свидетельствовать о наличии ПТСР.

7. Испытывали ли Вы острое чувство одиночества?

Были ли в течение последнего года особенно значимые для Вас потери?

Если ответ «нет», переходите к восьмому вопросу.

Если пациент отвечает «да», то следует задать уточняющий вопрос: «Это чувство сопровождает Вас всю жизнь или Вы столкнулись с ним в недавнем прошлом?» Если пациент отвечает, что «всю жизнь». То такое чувство одиночества часто связано с ощущением человеческой ненужности пациента, которое сформировалось в детстве. Чтобы уточнить это, вы можете задать вопрос: «Как Вы считаете, Вы были нужны своим родителям?» Большинство пациентов, как показывает наш опыт работы, знает ответ на этот вопрос и с готовностью делится своей историей. Если пациент не считает себя нужным, пожалуйста, выслушайте его историю, воздержавшись, по возможности, от критики родителей, учитывая феномен «семейной лояльности»

py of loss.

5. Is it typical for you to experience guilt for a long time?

If the answer is no, go to question six. If the answer is yes, ask the patient to reveal this feeling and its related events. If the guilt is irrational [30], then normalize it by saying, for example: "I don't think you are to blame for what happened. Everyone makes their choice."

Evaluate if self-incriminating ideas are part of a depressive syndrome. If yes, evaluate suicidal risk and decide on possible pharmacotherapy.

Demonstrate your willingness to forgive and encourage self-forgiveness. Remember that the process of forgiveness or self-forgiveness has several stages and thus requires several psychotherapeutic sessions [31].

6. Do you have an obsessive feeling of shame?

If the answer is no, go to question seven.

If the answer is yes, you need to understand that the feeling of shame is associated with carefully concealed, "shameful" events in the patient's life. One should not expect quick self-disclosure at this stage. If the patient intends to talk about these events, one should empathically (without evaluation) listen them out and, if possible, normalize the shame, saying, for example: "I understand that in that situation you could not act differently" or "You did not have the resources to resist, you were too small." Given the answers to previous questions, think about the connection of shame with suicidal ideation and evaluate the suicidal risk. Invite the patient to an individual session to work with shame [30]. Remember that shame or guilt may indicate PTSD.

7. Have you experienced an acute sense of loneliness? Have there been any particularly significant losses during the past year?

If the answer is no, go to the eighth question. If the patient answers "yes", a clarifying question should be asked: "Have you had this feeling all your life or have you just started feeling it lately?" If the patient replies "all their life", such feeling of loneliness is often associated with the patient's sense of human uselessness that was formed in childhood. To clarify this, you can ask the question: "Do you think your parents needed you?" Most patients, as our experience shows, know the answer to this question and readily share their story. If the patient does not consider themselves needed, please listen out their story, refraining, if possible, from criticizing their parents taking into account the phenomenon of "family loyalty" (the state of self of a small

(состояние Я маленького ребенка внутри пациента будет бунтовать и сопротивляться прямой и грубой критике родителей как людей, которые дали ему жизнь и *позволили* ему выжить). В психотерапии ощущение ненужности родителям подразумевает и наличие у пациента раннего решения «Не живи», которое может лежать в основе суицидального поведения [32, 33] и нуждается в терапии перерешением [34]. Спросите о связи чувства одиночества и ощущения ненужности родителям с алкоголизацией. Поощрите пациента к дальнейшей глубокой психотерапевтической работе по перерешению его раннего решения «Не живи».

Если пациент отвечает, что «недавно». Попросите пациента рассказать историю его недавней потери, используя раскрывающие (подразумевающие развернутый ответ) вопросы, например: «Как много значил для Вас этот человек? Как Вы видите зависимость между Вашей потерей и учащением выпивок?» Пригласите пациента поразмышлять (пофантазировать) о том, что мог бы сказать утраченный человек пациенту прямо сейчас. Оцените необходимость дополнительных сессий для работы с потерей и чувствами боли и одиночества.

8. Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?

Данный вопрос необходим для диагностики коморбидного биполярного / рекуррентного аффективного расстройств, наличие которых повышает суицидальный риск, в том числе, в суицидологической практике в наркологии. Соответствующий риск нужно оценить с учётом ответов на предыдущие вопросы.

9. Бывают ли у Вас эпизоды безысходности / беспомощности?

Если ответ «нет», переходите к десятому вопросу. Если «да», то попросите пациента описать, что чувствует и что думает пациент в эти моменты, как он совладевает с ними? Поощрите его позитивное провитальное поведение, подчеркнув, что многие острые состояния в нашей психики преходящи и необходимо учиться их переживать. При ощущении хронических чувств безысходности / беспомощности, которые вы можете диагностировать «прямо сейчас» оцените суицидальный риск и примите решение (см. выше).

10. Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказам от пищи?

Ответ на этот вопрос следует соотносить с ответами на восьмой и девятый вопросы с целью оценки аффективной составляющей суицидологического анамнеза.

11. Подвергались ли Вы серьёзному физическому насилию?

Если ответ «нет», переходите к двенадцатому вопросу. Если «да», попросите пациента рассказать об этом эпизоде (не нужно настаивать, если этот вопрос

child inside the patient will rebel and resist to direct and rude criticism of their parents as people who gave them life and let them survive). In psychotherapy the feeling of not being needed by parents also implies that the patient has an early imposed directive of “Do not live”, which may underlie their suicidal behavior [32, 33] and requires therapy of redecision [34]. Ask about the connection between feelings of loneliness and a sense of uselessness for parents with their alcoholism. Encourage the patient to further deep psychotherapeutic work by resolving their early directive “Do not live.”

If the patient replies "recently", ask them to tell the story of their recent loss using open-up (implying a detailed answer) questions, for example: “How much did this person mean to you? How do you see the relationship between your loss and the increase of substance abuse?”. Invite the patient to reflect on what the lost person could say to the patient right now. Appreciate the need for additional sessions to work with loss and feelings of pain and loneliness.

8. Do you tend to have episodes of depression that has no obvious causes?

This question is necessary for the diagnosis of comorbid bipolar/recurrent affective disorders, the presence of which increases the suicidal risk, including in suicidological practice in narcology. The corresponding risk needs to be assessed taking into account the answers to previous questions.

9. Do you tend to experience episodes of hopelessness / helplessness?

If the answer is no, go to question number ten. If the patient says “yes”, ask them to describe how they feel and what they tend to think about at these moments, how they cope with such episodes. Encourage their positive provital behavior, emphasizing that many acute conditions in our psyche are transient and it is necessary to learn to outwait them. If the patient is experiencing chronic feelings of hopelessness / helplessness that you can diagnose right away, assess the suicidal risk and make a decision (see above).

10. Are you prone to periodic overeating or refusal of food?

The answer to this question should be correlated with the answers to questions eight and nine in order to assess the affective component of the suicidological history.

11. Have you suffered a serious physical abuse?

If the answer is no, go to question 12. If the answer is positive, ask the patient to tell

связан со стыдом) и проясните для него связь насилия с интоксикацией. Проявите заботу и эмпатию, предлагая, например, пройти обследование мозга или внутренних органов. Будьте «на стороне» потерпевшего, разделяя его чувства, и затем, осторожно, позвольте осознать пациенту связь между его интоксикацией, виктимным поведением с провокацией насилия: «Это ужасно, что с Вами так поступили, а между тем, если бы Вы ушли из бара чуть раньше или взяли бы такси, могли бы Вы избежать насилия? Не кажется ли Вам, что какая-то часть в Вас постоянно усугубляет ситуацию, действуя по принципу «чем хуже, тем лучше»?» Положительные ответы на эти вопросы могут стать мостиком к будущей работе с аддиктивным расщеплением личности [35].

12. Наносили ли Вы себе физические повреждения?

Если ответ «нет», переходите к 13 вопросу. Если «да», спросите пациента, какого рода были эти самоповреждения. Если самоповреждения наносились с целью объективизировать психическую боль (психалгию), то необходимо оценить суицидальный риск в контексте наличия большой депрессии. Следует также принять во внимание мнение Э. Шнейдмана (2001) о психалгии как центральной суицидальной эмоции [19].

Если самоповреждения наносятся с целью уменьшить напряжение и тревогу, имеют привычный характер или совершаются импульсивно (что особенно опасно) и демонстративно с целью отомстить или повлиять на ближайших родственников, то следует предположить наличие коморбидного пограничного личностного расстройства (ПЛР). Пациенты с ПЛР особенно чувствительны к ситуациям расставания (потери), они значительно чаще, чем другие люди употребляют алкоголь и ПАВ, и совершают самоубийства [36]. В условиях интервью следует уважительно конфронтировать их аутоагрессивное поведение, вместе с тем понимая, что успех лечения такого рода коморбидной патологии зависит в первую очередь от установившегося терапевтического альянса при активном содействии пациентов [37]. Следует также уточнить, не используют ли пациенты спиртные напитки, суррогаты алкоголя и передозировки препаратов с целью «непрямого» суицида? Интервьюер должен понимать также, что любые авersive (связанные с наказанием) терапевтические вмешательства, предметно - опосредованная терапия (кодирование) могут быть использованы такими пациентами с целью суицидального шантажа врачей или родственников. Поэтому уже на этапе интервью следует заручиться поддержкой нормативной части личности пациента и пригласить его к заключению «контракта на не-самоповреждение» [18, 21] –

about this episode (no need to insist if this issue is associated with shame) and clarify for them the correlation between violence and intoxication. Show care and empathy by offering, for example, to undergo an examination of the brain or internal organs. Be “on the victim’s side”, sharing their feelings and then carefully allow the patient to understand the connection between their intoxication, victim behavior and provocation of violence: “What happened to you is terrible, but if you had left the bar a little earlier or would have taken a taxi, do you think you could have avoided violence? Do you think there is some part of you that is constantly aggravating the situation, acting out the principle “the worse, the better”?” Positive answers to these questions can become a bridge to future work with split addicted personality [35].

12. Have you physically harmed yourself?

If the answer is no, go to question 13. In the case of the positive reply, ask the patient what kind of self-harm they inflicted. If self-harm was done in order to objectify mental pain (psychalgia), it is necessary to assess the suicidal risk in the context of the presence of major depression. One should also take into account the opinion of E. Schneidman (2001) about psychalgia as a central suicidal emotion [19].

If self-harm was inflicted in order to reduce stress and anxiety, happen periodically or are committed impulsively (which is especially dangerous) and defiantly in order to affect close relatives, we should assume the presence of comorbid borderline personality disorder (BPD). Patients with BPD are especially sensitive to separation (loss) situations, they are much more likely than others to abuse alcohol and other substances, as well as commit suicide [36]. During the interview, their self-aggressive behavior should be respectfully confronted, however, understanding that the success of treatment of this kind of comorbid pathology depends primarily on the established therapeutic alliance with the patient’s active assistance [37]. It should also be clarified whether patients use alcohol, its surrogates, and substances overdoses as a method of “indirect” suicide? The interviewer must also understand that any aversive (punishment-related) therapeutic interventions, subject-mediated therapy (coding) can be used by such patients as a means of suicidal blackmail of doctors or relatives. Therefore, even at the stage of the interview, one should get support from the normative part of the patient’s per-

мягкого варианта антисуицидального контракта. Например, соединяясь с позитивной частью пациента через местоимение «мы» врач мог бы сказать: «О, мы, я думаю (уверен), сможем избежать с Вами поведения по типу «выколю себе глаз, чтобы у тещи был зять кривой!» Необходимо дождаться позитивной реакции пациента на конфронтацию и слов, доказывающих его осознание собственного аутоагрессивного стиля поведения.

Не будет лишним заключение письменного и устного контракта на «не-убегание из терапии» [18, 38].

13. У Вас бывают эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла?

Если ответ «нет», переходите к 14 вопросу. Если «да», то пригласите пациента поговорить на эту тему и будьте готовы к встречным вопросам, поскольку зависимые пациенты часто испытывают дефицит позитивных родительских интроектов.

Мы рекомендуем три способа беседы на тему смысла *поддержания* жизни. Во-первых, иногда человек не видит смысл жизни из-за ограниченности своего собственного видения, тогда как любой родственник или ребёнок видит в его жизни вполне определённый смысл. Во-вторых, люди обладают так называемой «иллюзией бессмертия» [39] – чувством (это именно чувство), что он не умрет никогда, поэтому иногда мы не ценим жизнь, растрчивая её, совершаем самоубийства, по-детски думая, что можем снова проснуться утром или жить в какой-то новой форме. Стоит отметить, что никогда не поздно начать снова ценить жизнь. В-третьих, с позиций морального императива Канта, некоторые считают самоубийство грехом, так что если после смерти есть что-то похожее на жизнь, то качество этой новой жизни будет зависеть и от того, каким образом мы прожили и закончили нынешнюю жизнь.

14. Вас часто мучают угрызания совести?

Если ответ «нет» или «не часто», переходите к 15 вопросу. Если «да», то необходимо проверить, не касается ли такая поглощенность вопросами совести следствием совершения «несовместимых с жизнью» поступков? В этом контексте будет не лишним замечание о практике сообществ АА по «отмыванию поступков и возмещению ущерба» [40].

15. Были ли у Вас черепно-мозговые травмы с потерей сознания?

Если ответ «нет», переходите к 16 вопросу. Если «да», то следует вернуться к обсуждению связи травм с интоксикацией, если эта тема еще не была проработана в одиннадцатом вопросе.

16. Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки?

Если ответ «нет», переходите к последнему вопросу. Если «да», то необходимо отделить социально-

sonality and invite them to conclude a “non-self-harm contract” [18, 21] – a lighter version of the antisuicidal contract. For example, when connecting with the positive part of the patient through the pronoun “we”, the doctor could say: “Oh, I think (I am sure) we can avoid the behavior of the type “I will poke my eyes out so that my mother-in-law had a one-eyed son-in-law!” It is necessary to wait for the patient's positive reaction to confrontation and the words proving their awareness of their own auto-aggressive style of behavior.

The conclusion of a written and oral contract for “non-escape from therapy” will also be useful [18, 38].

13. Do you have times when you do not see any meaning in life?

If the answer is no, go to question 14. If “yes”, invite the patient to talk about this topic and be prepared for counter-questions, as addicted patients often lack positive parental introjects.

We recommend three ways to talk about the meaning of sustaining life. First, sometimes a person does not see the meaning of life because of the limited nature of their own perception, while any of their relatives or children sees a definite meaning in their life. Second, people have the so-called “illusion of immortality” [39] – a feeling (and this is definitely a feeling) that we will never die, therefore sometimes we do not value life, waste it, commit suicide thinking childishly that we can wake up next morning or live in some new form. It is worth noting that it is never too late to begin to value life again. Third, from the standpoint of Kant’s moral imperative, some consider suicide to be a sin, so if after death there is anything similar to life, the quality of this new life will depend on how we have lived and ended the current a life.

14. Are you often tormented by remorse?

If the answer is no or not often, go to question 15. With the positive answer it is necessary to check whether such preoccupation with conscience concerns is the result of committing actions “incompatible with life”? In this context, it could be appropriate to comment on the AA communities’ practice in “clearing actions and reparation damage” [40].

15. Have you had traumatic brain injury with loss of consciousness?

If the answer is no, go to question 16. If yes, we should return to the discussion of the connection of injuries with intoxication, if this topic has not yet been yet discussed in the eleventh question.

16. Do you have any dangerous hobbies

приемлемые виды деятельности от социально - неприемлемых, например, вождения автомобиля в нетрезвом состоянии, а также прояснить опасность последних и их связь с трагическим сценарием жизни. Иногда и социально-приемлемые формы опасных хобби бывают следствием сценария, например, в сценарий смерти от падения с высоты «вписываются» и занятия альпинизмом.

17. Склонны ли Вы к неоправданному риску?

Вопрос поднимает проблематику 16 вопроса, хотя и имеет некоторые нюансы. Из практики интервью известно, что отвечающие утвердительно на этот вопрос – субъекты рискованного поведения, любят рассказывать случаи своего чудесного спасения. Основная терапевтическая тактика – это осторожное дистанцирование и конфронтация «смеха висельника», эмоции, необходимой для обесценивания естественного страха смерти. Например, врач может сказать: «Извините, но этот эпизод спасения не кажется мне весёлым. Вы могли погибнуть» или «А что Вы на самом деле чувствуете, когда смеетесь?»

Заканчивать интервью необходимо в позитивном ключе, поддерживая убежденность пациента в его способности решить многочисленные проблемы. Обычно не хватает времени провести полноценное суммирование и закрепить инсайты пациента, поэтому можно сосредоточиться на чём-то одном, наиболее значимом.

Заключение.

Описываемые в работе особенности работы с предлагаемым алгоритмом интервью, в первую очередь, отражают важность и необходимость конкретизации и объективизации аутоагрессивного анамнеза наркологических пациентов. Одним из эффективных инструментов для этого является предлагаемый нами список вопросов для проведения провитального психотерапевтического интервью и алгоритм его максимально персонифицированного использования, что представляется нам удачной и эффективной диагностической и терапевтической моделью.

Непосредственный «переход» в психотерапевтическую плоскость, на наш взгляд, представляет особую ценность метода, поскольку существующие на настоящий момент способы диагностики в суицидологической практике, преимущественно предлагаются авторами как «констатирующие» (индикативные) [8, 9].

Немаловажным моментом является и «мотивирующее на дальнейшее лечение» действие используемого алгоритма, поскольку контролируемое врачом - наркологом «соприкосновение с темой смерти», способно для целого ряда пациентов служить мощнейшим фактором для формирования терапевтического запроса на лечение основного наркологического заболевания.

or habits?

If the answer is no, go to the last question. If yes, it is necessary to separate socially acceptable types of activities from socially unacceptable ones, for example, drunk driving, and also to clarify the danger of the latter and their connection with the tragic life scenarios. Sometimes socially acceptable forms of dangerous hobbies are a consequence of such scenarios, for example, mountaineering fits into the scenario of death from a fall from a height.

17. Are you prone to undue risk?

The question is similar to question 16, although it has some nuances. From the practice of interviews, it is known that those who answer affirmatively to this question – subjects of risky behavior, like to talk about their miraculous salvation. The main therapeutic tactic is the careful distancing and confrontation of the “hangman’s laughter” – the emotion necessary to devalue the natural fear of death. For example, a doctor may say: “Sorry, but this episode of salvation does not seem fun to me. You could have died” or “What do you really feel when you laugh?”

It is necessary to end the interview in a positive way, supporting the patient’s conviction in their ability to solve numerous problems. Usually there is not enough time to carry out a full summation and fix the patient’s insights, so you can focus on one, the most significant one.

Conclusion.

The features of work with the proposed interview algorithm described in the paper primarily reflect the importance and necessity of concretization and objectification of the auto-aggressive history of narcological patients. One of the effective tools for this is the list of questions that we propose for conducting a provital psychotherapeutic interview and the algorithm for its maximum personalized use, which seems to us to be a successful and effective diagnostic and therapeutic model.

The direct “transition” to the psychotherapeutic mode, in our opinion, is of particular value because the current diagnostic methods in suicidological practice are mainly proposed by the authors as “ascertaining” (indicative) [8, 9].

An important point is the effect of “motivating for further treatment” in algorithm used, since the “contact with the theme of death” controlled by a narcologist can act as a powerful factor in the formation of a therapeutic request for treatment of a major drug addiction

В контексте клинической суицидологии, помимо непосредственной диагностической ценности, использование предлагаемого метода позволяет осуществлять ревизию и переосмысление отношения пациентов к, безусловно аутоагрессивным, событиям жизни, что имеет принципиальное значение для дальнейшей психотерапевтической работы.

Отдельно подчеркнем, что предлагаемый подход позволяет осуществить деконфузию врача специалиста в отношении затрагиваемой тематики, а значит – избежать формализации сбора соответствующей части анамнеза.

Таким образом, резюмируя все вышеперечисленное, представляется целесообразным рекомендовать предлагаемый алгоритм провитального терапевтического интервью для широкого использования в работе врача психиатра-нарколога, а также сотрудников кризисных отделений.

Литература / Reference:

1. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин. *Суицидология*. 2012; 3 (2): 21-23. [Merinov A.V. On the diagnosis of suicidal behavior in alcohol dependence in men. *Suicidology*. 2012; 3(2): 21-23.] (In Russ)
2. Зотов П.Б., Уманский М.С., Юшкова О.В. Особенности диагностики суицидального поведения наркозависимых. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 51-53. [Zotov P.B., Umansky M.S., Yushkova O.V. Features of diagnostics of suicidal behavior of drug addicts. *Academic journal of Western Siberia*. 2016; 12 (6): 51-53.] (In Russ)
3. Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. М.: Секция наркологии МЗ РФ, 2000. 20 с. [Shustov D.I., Merinov A.V., Valentik YU.V. Diagnosis of auto-aggressive behavior in alcoholism by the method of therapeutic interviews. Manual for doctors of psychiatrists, narcologists and psychotherapists. M., 2000. 20 p.] (In Russ)
4. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2005. 214 с. [Shustov D.I. Autoaggression, suicide and alcoholism. M.: Kogito-Center, 2005. 214 p.] (In Russ)
5. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: «Экспертные решения», 2017. 192 с. [Merinov A.V. The role and place of the phenomenon of autaggression in families of patients with alcohol dependence. RyazSMU. SPb, 2017. 192 p.] (In Russ)
6. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): дис. ... докт. мед. наук. Рязань, 2000. 382 с. [Shustov D.I. Auto-aggressive behavior and alcoholism (clinical and therapeutic study): dis. ... dokt. of med. Sciences. Ryazan, 2000. 382 p.] (In Russ)
7. Вольнов Н.М. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы: автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2003. 27 с. [Volnov N.M. Auto-aggressive behavior in conscripts]: autoref. ... cand. of med. Sciences. M., 2003. 27 s.] (In Russ)
8. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: дис. ... канд. мед. наук. Астрахань, 2005. 108 с. [Bisaliyev R.V. Suicidal and non-suicidal forms of autodestructive behavior in

for a number of patients.

In the context of clinical suicidology, in addition to direct diagnostic value, the use of the proposed method allows for the revision and rethinking of the patients' attitude to undoubtedly auto-aggressive life events, which is of fundamental importance for further psychotherapeutic work.

Additionally, we emphasize that the proposed approach allows for the deconfusion of a specialist doctor in relation to the subject matter, and therefore helps avoid formalization when collecting the corresponding part of the anamnesis.

Thus, summarizing all of the above, it seems advisable to recommend the proposed algorithm of providential therapeutic interviews for widespread use in the work of a psychiatrist-narcologist, as well as employees of crisis departments.

9. Смышляев А.В. Клинико-психопатологическая характеристика аутоагрессивного поведения у больных с зависимостью от опиатов: дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010. 180 с. [Smyshlyayev A.V. Clinical and psychopathological characteristics of auto-aggressive behavior in patients with opiate dependence]: dis. ... cand. of med. Sciences. Moscow, 2010. 180 p.] (In Russ)
10. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. М., 2012. 48 с. [Merinov A.V. Auto-aggressive behavior and assessment of suicidal risk in patients with alcohol dependence and their families: autoref. dis. ... doct. of med. M., 2012. 48 p.] (In Russ)
11. Новиков С.А. Алкогольная зависимость и проявления аутоагрессивного поведения у пациентов с различными типами личности (клинико-терапевтическое исследование): автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2014. 24 с. [Novikov S.A. Alcohol dependence and manifestations of auto-aggressive behavior in patients with various personality types (clinical and therapeutic study): autoref. ... dis. cand. of med. science. M., 2014. 24 s.] (In Russ)
12. Федотов И.А. Клинические и аутоагрессивные характеристики алкогольной зависимости у пациентов с различными видами привязанности к родителям: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2015. 20 с. [Fedotov I.A. Clinical and autoaggressive characteristics of alcohol dependence in patients with various types of parental attachment]: autoref. dis. ... cand. of med. Sciences. M., 2015. 20 p.] (In Russ)
13. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. Лекции по наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца, 2 изд. М.: Нолидж, 2000. С. 341-364. [Valentik YU.V. Continuous psychotherapy of patients with addiction to psychoactive substances. Lectures on Addiction, ed. prof. N.N. Ivantsa, 2nd ed. M.: Nolidzh, 2000. P. 341-364.] (In Russ)
14. Nakken C. The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior. Minnesota: Hazelden Publishing, 1996. 144 p.
15. Steele C.M., Josephs R.A. Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*. 1990; 45 (8): 921-933.

16. Меринов А.В., Шустов Д.И. Скрытая суицидальность у больных алкогольной зависимостью. *Вопросы наркологии*. 2010; 5: 90-94. [Merinov A.V., Shustov D.I. Latent suicidality in patients with alcohol addiction. *Questions of narcology*. 2010; 5: 90-94.] (In Russ)
17. Меринов А.В. Влияние прошлой суицидальной активности на прочие аутоагрессивные, экспериментально-психологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. *Суицидология*. 2013; 4 (3): 58-63. [Merinov A.V. The influence of past suicidal activity on other autoaggressive, experimental-psychological and narcological characteristics of men suffering from alcohol addiction. *Suicidology*. 2013; 4 (3): 58-63.] (In Russ)
18. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: руководство для врачей. СПб: СпецЛит, 2016. 415 с. [Shustov D.I., Tuchina O.D. Alcohol addiction psychotherapy: a guide for doctors. SPb: SpetsLit, 2016. 415 s.] (In Russ)
19. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 315 с. [Shneydman E.H. The soul of a suicide: translation from English. M.: Smysl, 2001. 315 p.] (In Russ)
20. Берн Э. Что вы говорите после того, как сказали «Привет», или Психология человеческой судьбы. М.: Риполл Классик, 2004. 415 с. [Bern E.H. What do you say after saying "Hello", or Psychology of human fate. M.: Ripoll Klassik, 2004. 415 p.] (In Russ)
21. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. СПб: СпецЛит, 2016. 207 с. [Shustov D.I. Autoaggression and suicide in alcohol dependence: clinic and psychotherapy. SPb: SpetsLit, 2016. 207 s.] (In Russ)
22. Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Бузык О.Ж. Транзакционный анализ в наркологии: зарубежный опыт и российский вклад. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е изд. перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 723-731. [Shustov D.I., Agibalova T.V., Tuchina O.D., Buzik O.ZH. Transactional analysis in narcology: foreign experience and the Russian contribution. *Narcology: national leadership*. Ed. N.N. Ivanyts, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova. 2nd ed. rev. and additional]. M.: GEOTAR-Media, 2016. P. 723-731.] (In Russ)
23. Лукашук А.В., Меринов А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2017; 1: 86-91. DOI:10.23888/PAVLOVJ2017186-91 [Lukashuk A.V., Merinov A.V. Parental autoaggression: connection with suicidal activity of their offspring]. *Russian medical and biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov*. 2017; 1: 86-91.] (In Russ)
24. Стюарт Я., Джойнс В. Современный Транзактный Анализ. СПб: Метаноюя, 2017. 444 с. [Styuart YA., Dzhojns V. Modern Transactional Analysis. SPb: Metanojuya, 2017. 444 p.] (In Russ)
25. Cornell W., de Graaf A., Newton T., Thunnissen M. Into TA: A Comprehensive Textbook on Transactional Analysis. London: Karnac books Ltd., 2016. 425 p.
26. Хильденбранд Б. Введение в работу с генограммой. М.: Институт консультирования и системных решений, 2012. 176 с. [Khildenbrand B. Introduction to working with a genogram. M.: Institute for consulting and system solutions, 2012. 176 p.] (In Russ)
27. McGoldrick M., Gerson R., Petry S. Genograms: assessment and intervention. 3-d Ed. New York, London: W.W. Norton, 2008. 380 p.
28. Шутценбергер А.А. Синдром предков. М.: Институт Психотерапии, 2001. 256 с. [Shuttsenberger A.A. Syndrome of ancestors. M.: Publishing house of the Institute of Psychotherapy. M.: Institute Of Psychotherapy, 2001. 256 p.] (In Russ)
29. Меринов А.В., Байкова М.А., Зотова О.П. Трагическая смерть родственников как активный сценарный конструкт и его значение для суицидологической практики. *Суицидология*. 2017; 8 (3): 78-83. [Merinov A.V., Bajkova M.A., Zotova O.P. The tragic death of relatives as an active scenario construct and its significance for suicidological practice. *Suicidology*. 2017; 8 (3): 78-83.] (In Russ)
30. Поттер-Эфрон Р. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 416 с. [Potter-Ehfron R. Shame, Guilt, and Alcoholism: Clinical Practice. M.: Institute of General humanitarian research, 2002. 416 p.] (In Russ)
31. Кассинов Г., Тафрейт Р. Психотерапия гнева. Полное практическое руководство. М., СПб: АСТ издательство «Сова», 2006. 477 с. [Kassinov G., Tafrej R. Psychotherapy of anger. Complete practical guide. M., SPb: Sova, 2006. 477 p.] (In Russ)
32. Вайт Т. Работа с суицидальными личностями. Руководство к пониманию, оценке и поддержке. Киев: Интерсервис, 2017. 366 с. [Vayt T. Work with suicidal individuals. Guide to understanding, evaluating and supporting. Kiv: Interservis, 2017. 366 p.] (In Russ)
33. Shustov D., Tuchina O., Lester D. The Social Relationships of Suicidal Individuals: A Neglected Issue. The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide? Ed. By David Lester. *New York: Nova Science Pub*. 2019; 14: 127-133.
34. Гулдинг М. Психотерапия нового решения. Теория и практика. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 288 с. [Gulding M. Psychotherapy of a new solution. M.: Klass, 2001. 288 p.] (In Russ)
35. Меринов А.В., Меденцева Т.А., Жукова Ю.А. Влияние физических наказаний в детстве для формирования аутоагрессивной «траектории» потомства. *Суицидология*. 2017; 8(1): 47-52. [Merinov A.V., Medentseva T.A., Zhukova Y.U.A. The influence of physical punishment in childhood for the formation of an auto-aggressive "trajectory" of offspring. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 47-52.] (In Russ)
36. Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2015; 4: 87-90. [Shitov E.A., Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Clinical and suicidological characteristics of patients with alcohol dependence with concomitant borderline personality disorder. *Russian medical and biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov*. 2015; 4: 87-90.] (In Russ)
37. Шустов А.Д., Клименко Т.В. Проблема коморбидности алкогольной зависимости и пограничного расстройства личности: психотерапия и психофармакотерапия. *Вопросы наркологии*. 2019; 4: 5-18. [Shustov A.D., Klimentko T.V. The problem of comorbidity of alcohol dependence and borderline personality disorder: psychotherapy and psychopharmacotherapy. *Questions of narcology*. 2019; 4: 5-18.] (In Russ)
38. Шустов Д.И. Психотерапия аутоагрессивного поведения наркологических больных. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е изд. перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 731-740. [Shustov D.I. Psychotherapy of autoaggressive behavior of narcological patients. *Narcology: a national guide*. Edited by N. N. Ivants, I. P. Anokhina, and M. A. Vinnikova. 2nd ed. and add. M.: GEOTAR-Media, 2016. Pp. 731-740.] (In Russ)
39. Ламонт К. Иллюзия бессмертия. М.: Политиздат, 1984. 288 с. [Lamont K. The illusion of immortality. M.: Politizdat, 1984. 288 s.] (In Russ)
40. Горски Т.Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2013. 160 с. [Gorski T.T. The path to recovery. Disruption Prevention Plan. M.: Institute of General humanitarian research, 2013. 160 s.] (In Russ)

ALGORITHM OF A PRO-ACTIVE THERAPEUTIC INTERVIEW DURING THE COLLECTION OF A SUICIDAL HISTORY IN NARCOLOGICAL PRACTICE

D.I. Shustov, A.V. Merinov,
A.D. Shustov, T.V. Klimenko

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; Dmitri_Shustov@mail.ru
V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia; nscn@serbsky.ru

Abstract:

The collection of a suicidological history in narcology continues to be a matter in need of further development. First of all, this is due to the formalization of the process itself and the receipt of irrelevant information. Most of the tests and questionnaires created are aimed, at best, to ascertain the presence or absence of one or another pattern and predictor that is significant for suicidal practice. However, in our work, we did not find indications of the existence of interview models that are both diagnostic in nature and representing a direct opportunity for the interviewing doctor to carry out the basic psychotherapeutic effect. Which, of course, is important not only for suicidological practice, but also can improve the compatibility of interactions in the doctor-patient realm with the formation of a qualitative therapeutic request for the treatment of the underlying disease. **Methodology.** A short version of a semi-structured, therapeutic provital interview with a sequential discussion of the patient's answers to 17 questions. This series of questions reflects the most important factors for the diagnosis of auto-aggressive behavior, so it was decided to use this series of questions as a therapeutic tool. **Results and its discussion.** Since the first publication of the provital therapeutic interview in 2000, it has been successfully used to solve research and therapeutic tasks in a number of scientific projects, PhD and doctoral dissertations, where it has successfully demonstrated its effectiveness and ease of use. The proposed shortened version has also found wide application in narcological suicidology, due to its compactness and ease of use in practical work. Separately, it is worth noting the therapeutic focus of the proposed algorithm, which, in essence, is its significant and undeniable competitive advantage. In addition, the proposed approach makes it possible to defuse the doctor in relation to the subject under discussion and to avoid formalizing the collection of the corresponding part of the anamnesis, which significantly increases the likelihood of finding information of interest to us (which, with high probability, would be hidden from the interviewer). The importance of having objective information in the context of secondary preventive work is difficult to overestimate. **Conclusion.** It seems advisable to recommend the proposed algorithm of provital therapeutic interviews for wide use in the work of psychiatrists, narcologists, as well as employees of crisis departments.

Key words: suicidal history, suicide, suicidal behavior, narcology

Вклад авторов:

Д.И. Шустов: дизайн статьи, дизайн статьи, обзор публикации по теме статьи, разработка описываемого метода, написание текста рукописи;
А.В. Меринов: разработка описываемого метода, написание и редактирование текста рукописи;
А.Д. Шустов: обзор публикации по теме статьи;
Т.В. Клименко: редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

D.I. Shustov: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, method creation, article writing;
A.V. Merinov: developing the research design, method creation, article writing and editing;
A.D. Shustov: reviewing of publications of the article's theme;
T.V. Klimenko: article editing.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 22.08.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 26.12.2019.

Для цитирования: Шустов Д.И., Меринов А.В., Шустов А.Д., Клименко Т.В. Алгоритм провительного терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 53-66. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-53-66

For citation: Shustov D.I., Merinov A.V., Shustov A.D., Klimenko T.V. Algorithm of a pro-active therapeutic interview during the collection of a suicidal history in narcological practice. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 53-66. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-53-66