



ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ И ТЕРАПИИ СУИЦИДООПАСНЫХ КЛИЕНТОВ

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Определения | 5 |
| Наиболее значимые авторы книг по суициду | 5 |
| Эмиль Дюркгейм (1858-1917) | 5 |
| Шнейдман и Фарбероу | 5 |
| Теория суицида Шнейдмана | 6 |
| Составляющие | 6 |
| Возможная помощь | 6 |
| Теория Минингера. «Хронический» суицид | 6 |
| Составляющие | 6 |
| Понимание и помощь | 7 |
| Суицид как психическое расстройство: Суициды и болезни | 7 |
| Наиболее часто суицид совершают при: | 7 |
| Считается, что большинство суицидов совершаются в состоянии депрессии: | 7 |
| Суицидальное расстройство поведения как диагностическая единица классификации DSM-5: плюсов больше, чем минусов | 8 |
| Модель Стресс-Диатеза | 8 |
| Формы суицидального поведения | 8 |
| Различия между суицидом и парасуицидом | 9 |
| Суицидальный статус на момент написания предсмертной записки | 9 |
| Межличностная теория суицида | 10 |
| Теория безнадежности Аарона Бэка | 11 |
| Внутренний диалог: Ребенок-Родитель | 12 |
| Аналитические модели: Модель Транзактного Анализа | 12 |
| 7 суицидальных решений White T., 2011, 2017 | 12 |
| Зависимое и суицидальное поведение врачей и медсестер | 13 |
| Примеры | 13 |
| ЛИЧНОСТЬ СУИЦИДЕНТА, СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК, НЕПРЯМОЙ СУИЦИД (АЛКОГОЛЬ И ПАВ) 14 | |
| Как «намерение умереть» проявляется через личностные особенности | 14 |



| | |
|--|-----------|
| Самооценка генерализованного типа привязанности. (Bartholomew, Horowits, 1991) | 14 |
| ФАКТОРЫ РАННЕГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА, ФОРМИРУЮЩИЕ АНТИВИТАЛЬНУЮ УСТАНОВКУ | 15 |
| Четыре типа гамартической антивитальной программы у алкоголиков..... | 15 |
| Психотерапия интроектов | 16 |
| Психотерапия интроектов: ОТЦОВСКИЕ ИНТРОЕКТЫ..... | 16 |
| Психотерапия интроектов: МАТЕРИНСКИЕ ИНТРОЕКТЫ | 16 |
| РЕПАРЕНТИНГ | 16 |
| Психотерапия интроектов: Терапия «голосов»..... | 17 |
| ВЫВОДЫ И СЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ..... | 17 |
| Диагностика суицидального риска..... | 17 |
| Диагностика немедленного суицидального риска | 17 |
| Признаки острого суицидального риска у подростков | 18 |
| Суицидальный психический статус (описание)..... | 18 |
| Диагностика возможного суицидального риска..... | 18 |
| Геннограмма | 19 |
| Эпискрипт..... | 19 |
| Провитальное терапевтическое интервью..... | 20 |
| Аутоагрессия и COVID-19..... | 21 |
| АУТОАГРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПАНДЕМИЯ..... | 21 |
| «Смерти от отчаяния» - суициды, смерти от употребления алкоголя и наркотиков | 21 |
| Новые правила жизни, в рамках которых разворачиваются суицидальные трагедии | 22 |
| Режим самоизоляции (corona lockdown)..... | 23 |
| Информирование СМИ граждан о смертельной опасности коронавируса и мучительной смерти..... | 23 |
| Социальная ответственность «зараженного» и «альтруистические» (из-за любви к ближним) суициды | 24 |
| Модель АУТОАГРЕССИВНОГО поведения с позиций Транзакционного Анализа..... | 25 |
| Концепция ТА и различные способы суицида на фоне стресса Covid-19..... | 25 |
| Некоторые выводы и превенция..... | 26 |
| Сообщения ВОЗ | 26 |
| для населения | 26 |
| для работников здравоохранения | 27 |
| Некоторые выводы и профилактика психических расстройств | 28 |

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



| | |
|---|-----------|
| Алгоритм психотерапевтической работы с последствиями стресса разной длительности..... | 29 |
| Дебрифинг («РАЗБОР ПОЛЕТОВ») | 29 |
| Составление «плана безопасности» | 30 |
| Контакты для получения бесплатной психологической помощи (сайт РОП) | 30 |
| Психотерапия суицидального клиента | 32 |
| Этапы психотерапии | 32 |
| Мишени психотерапии | 32 |
| В ходе неотложной помощи (интервенция)..... | 32 |
| В ходе плановой помощи (превенция и поственция)..... | 32 |
| Вмешательство в остром периоде..... | 33 |
| Укрепление границ и контроля «Я» | 33 |
| Суицид состоялся: пациент остался жив | 34 |
| Определение кризиса и кризисное вмешательство | 34 |
| Помощь лицам с психотическими расстройствами (психотическая и пограничная личностная структура) | 35 |
| Внутристационарные суициды..... | 35 |
| Постсуицидальный период | 36 |
| Четыре типа постсуицидальных состояний..... | 36 |
| Среднесрочная и долгосрочная психотерапия аутоагрессивного поведения | 36 |
| Сценарный анализ «Не живи»..... | 37 |
| МЕТОД ТРАНСФЕРЕНТНОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ИЛИ «ТЕРАПЕВТ В КАРМАНЕ»..... | 37 |
| Что такое «провитальная психотерапия» | 37 |
| Самопроекция оптимистического будущего..... | 38 |
| Инсайт (по поводу смерти) - ориентированная ПТ..... | 38 |
| Поственция: помощь родственникам, друзьям суицидента, психотерапевтам | 40 |
| Почему нужна поственция? | 40 |
| Эмоциональные переживания, свойственные выжившим после самоубийства близкого | 40 |
| Рассказ девочки о времени после суицида отца | 40 |
| Перемещения любви | 42 |
| Родительская любовь..... | 43 |
| Горевание..... | 43 |
| Признаки «острого горя» (Lindemann, 1944) | 43 |
| Стадии траура / горевания..... | 43 |
| «Осложненное горевание» и гибкость (Resilience) | 44 |
| <hr/> | |
| Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов». | |



| | |
|---|--|
| Выражение горя: работа горя..... | 45 |
| Фрейд..... | 45 |
| Фредерик Перлз..... | 45 |
| Ричард Эрскин..... | 45 |
| Мэри и Роберт Гулдинги..... | 46 |
| Психотерапия патологического траура. Повторное переживание горя. Связующие объекты .. | 46 |
| Марко Мацетти..... | 46 |
| Coping with a client's suicide..... | 47 |
| Шаги, которые нужно предпринять для себя..... | 48 |
| первые Шаги, официальная процедура | Ошибка! Закладка не определена. |
| Шаги, чтобы связаться с семьей пациента | 48 |
| Шаги, чтобы контактировать с персоналом | 49 |
| Пример | 49 |
| Суицид суицидолога, назначенного главой службы превенции студенческих суицидов. | 49 |
| Реакция на суицид психолога коллег | 50 |
| Реакция на суицид психолога пациентов..... | 50 |
| Работа с пациентами психолога, совершившего самоубийство..... | 51 |
| Суицид Петрушки Кларксон | 51 |
| «Влияние» клиента на терапевта. Случай профессора Келли..... | 52 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ: | 53 |
| ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:..... | 53 |
| ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА: | 54 |



ТЕОРИИ И МОДЕЛИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Научный термин **«суицид»** впервые начал использовать врач и философ 17 в. Томас Браун, образовав его от латинского *sui* (себя) и *caedere* (убивать).

Суицидология – наука о суицидальном поведении и путях превенции суицида (Edwin Shneidman)

Суицид – фатальный, добровольный угрожающий жизни акт, совершенный человеком без явного желания выжить, где двумя основными компонентами являются летальность и намеренность (Joseph H. Davis)

Суицид – сознательный акт самоиндуцированного уничтожения ...воспринимаемый страдающим от психической боли человеком в виде наилучшего решения (Edwin Shneidman)

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ АВТОРЫ КНИГ ПО СУИЦИДУ

ЭМИЛЬ ДЮРКГЕЙМ (1858-1917)

Основателем современной социологии и науки изучения суицидов – суицидологии считается Эмиль Дюркгейм (1858-1917). Он написал книгу «Самоубийство: социологический этюд» [9]

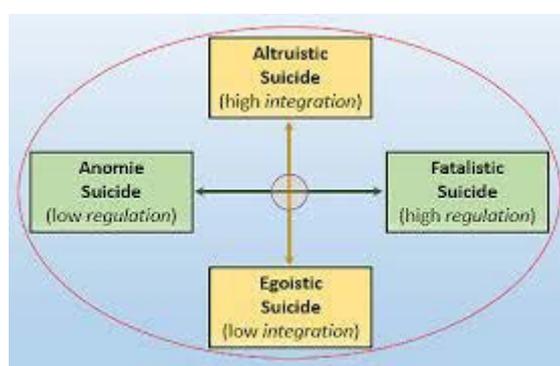


Рисунок 1.1.

ШНЕЙДМАН И ФАРБЕРОУ

Эдвин Шнейдман (1918-2009) и **Норман Фарбероу** (1918-2015, умер 10.09 в международный день превенции суицидов)

Шнейдман и Фарбероу вместе с Липтманом впервые открыли центр превенции суицидов в Лос-Анжелесе (1958), предложили метод психологической аутопсии, создали теорию



суицидального поведения и теорию несуйцидального аутоагрессивного поведения (Indirect self-destructive behavior)

Шнейдман ввел термин «суицидология» и основал 1-й журнал по суицидологии

Написали много книг, из которых наиболее известны «Крик о помощи» и «Душа самоубийцы»

ТЕОРИЯ СУИЦИДА ШНЕЙДМАНА

СОСТАВЛЯЮЩИЕ

1. Суицид – это решение в ответ на психологическую боль
2. Суицид – это целенаправленное поведение, где в качестве выхода рассматривается уничтожение сознания или боли
3. Неудовлетворенные психологические потребности приводят к суицидальному решению
4. Основная эмоция – захлестывающая безнадежность
5. Сужение восприятия окружающего мира не позволяет увидеть альтернативу суициду

ВОЗМОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Пригласить выразить боль и чувства, закрывающие боль
2. В качестве «быстрой» помощи возможна медикаментозная седация (Кетамин внутривенно, капельно в дозе 0,5 мг / кг в течение 40 минут) в поддерживающих (наблюдающих) условиях [Dadiomov D, Lee K. The effects of ketamine on suicidality across various formulations and study settings. Ment Health Clin. 2019;9(1):48-60. Published 2019 Jan 4. doi:10.9740/mhc.2019.01.048]
3. Работа с прошлым
4. Деконтаминация (выявление неадаптивных установок и когнитивная перестройка)
5. «Приоткрыть шторы»

ТЕОРИЯ МЕНИНГЕРА. «ХРОНИЧЕСКИЙ» СУИЦИД

Карл Менингер (1893-1990) впервые ввел понятие «хронический суицид» в отношении ряда заболеваний с повышенной преждевременной смертностью, во многом регулируемой произвольно. К таким заболеваниям он относил, например, алкоголизм

Менингер – отец расширительной трактовки суицида, тем не менее, писал: «...чтобы самоубийство совершилось, необходимо одновременное присутствие желания убить, желания быть убитым и желания умереть» (1938) [д.л. 20]

СОСТАВЛЯЮЩИЕ

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



1. Желание убить
2. Желание быть убитым
3. Желание умереть

ПОНИМАНИЕ И ПОМОЩЬ

1. Часто это желание касается «преследующего интроекта» или унижающей Родительской фигуры (техника 2 стульев, терапия «голосов» и др.)
2. Суицидент допускает мысль физического разрушения своего тела. Готовы терпеть физическую боль, чтобы заглушить психическую (самоповреждения)
3. Экзистенциальное убеждение в ненужности собственной жизни (терапия установки «Не живи»)

СУИЦИД КАК ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: СУИЦИДЫ И БОЛЕЗНИ

Только 1/3 суицидентов – душевнобольные, 2/3 не состоят на учете в ПД/ПНД.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СУИЦИД СОВЕРШАЮТ ПРИ:

- Алкогольной зависимости
- Депрессии и БАР
- Шизофрении
- Онкологии
- СПИДе
- Церебросклерозе
- Язвенной болезни
- Нервной анорексии
- Зависимости от опиоидов
- Пограничном личностном расстройстве

СЧИТАЕТСЯ, ЧТО БОЛЬШИНСТВО СУИЦИДОВ СОВЕРШАЮТСЯ В СОСТОЯНИИ ДЕПРЕССИИ:

- (1) Снижение настроения до степени тоски
- (2) Снижение когнитивной активности на фоне доминирования мыслей о своей виновности, греховности и ненужности
- (3) Снижение двигательной активности и интереса к жизни.

Своевременное выявление (роль врачей общей практики) и лечение депрессий (психиатр или психотерапевт) снижает риск суицида.

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



СУИЦИДАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЕДИНИЦА КЛАССИФИКАЦИИ DSM-5: ПЛЮСОВ БОЛЬШЕ, ЧЕМ МИНУСОВ

Авторы статьи [M.A. Oquendo, E. Baca-Garsia // *World Psychiatry* 2014; 13, №2; 128-130] указывают на данные о том, что у 10-37% суицидентов не было психиатрического диагноза, а парасуицид у пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством встречается в 29% случаев, тогда как 71% пациентов, страдая от депрессии, никогда не предпринимают суицидальных попыток.

Авторы предлагают использовать критерий «суицидальное поведение в анамнезе» в качестве основного фактора риска для суицидальных попыток и истинного суицида а также вынести «суицидальное расстройство поведения» в качестве самостоятельного диагноза.

Эдвин Шнейдман (2001) считал самоубийство общим процессом, имеющим независимо от клинического диагноза собственную структуру, заключающуюся в наличии нестерпимой душевной боли, смятения и негативного давления или побуждения к действию.

МОДЕЛЬ СТРЕСС-ДИАТЕЗА

Модель Стресс-Диатеза наиболее «подходит» психиатрической теории суицида

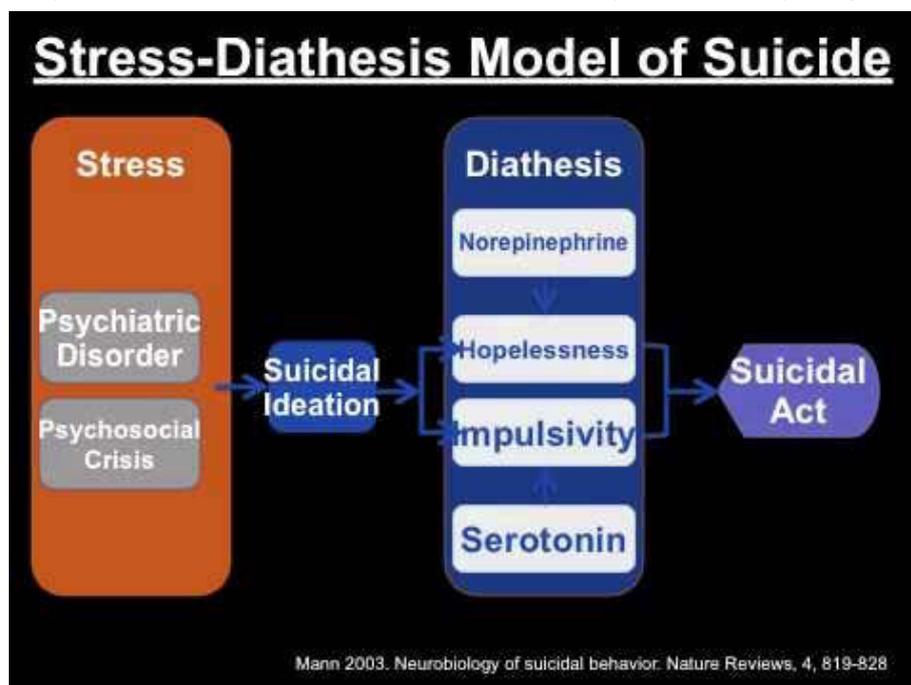


Рисунок 1.2.

ФОРМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- Фатальный суицид
- Расширенный суицид



- Парасуицид
- Самоповреждения
- Суицидальные мысли: планирование и действия

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ СУИЦИДОМ И ПАРАСУЦИДОМ

Фатальный суицид

- Мужчины (10 м: 1 ж)
- 50 % употребляют алкоголь
- Возраст 30 лет и больше
- Наиболее часто – самоповешение в России и самострел в США

Парасуицид (суицидальная попытка, которая не завершилась смертью)

- Женщины (5 ж : 3 м)
- Наиболее часто – самоотравление и самопорезы

Сравнительное изучение предсмертных писем суицидентов – завершивших суицид фатально и парасуицидентов

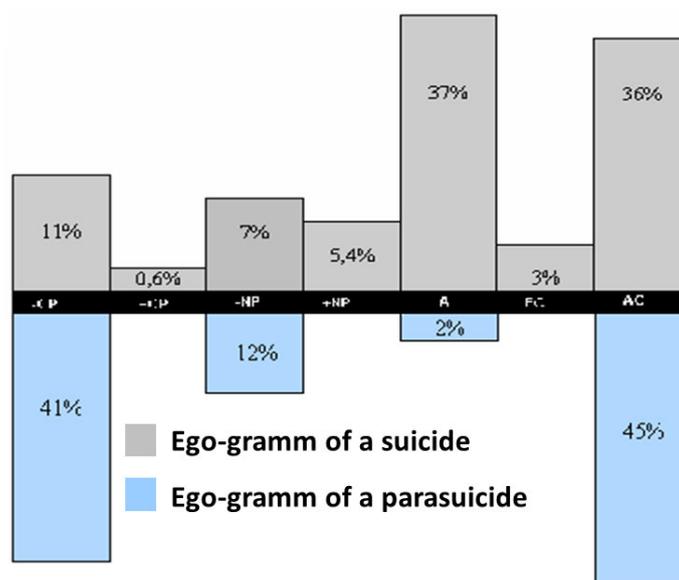


Рисунок 1.3.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ СТАТУС НА МОМЕНТ НАПИСАНИЯ ПРЕДСМЕРТНОЙ ЗАПИСКИ

На первых этапах, по-видимому непосредственно после конфликта или суицидального инсайта, происходит активация архаических ранее травмированных детских состояний Я и преследующих родительских интроектов, проявляющихся эмоционально. В дальнейшем, в ходе принятия решения, большая роль принадлежит структурам Я – донорам ментальных (когнитивных) оснований для самоубийства, а затем и тщательно планируемых действий по завершению

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



намерения. Возможно, на последних осознаваемых человеком этапах происходит резкое, но *не всегда эффективное* стимулирование положительных Родительских интроектов, а также естественного страха смерти. [ол. 16]

МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ТЕОРИЯ СУИЦИДА

Межличностная теория самоубийства пытается объяснить, почему люди участвуют в суицидальном поведении и выявляет людей, которые подвержены риску. Она была разработана Joiner, Т. Е. и описана в монографии «Почему люди умирают от самоубийства» [д.л. 41]. Теория состоит из трех компонентов, которые вместе приводят к попыткам самоубийства. Согласно теории, одновременное присутствие *подорванной принадлежности* и *воспринимаемой обременительности* порождает стремление к самоубийству. Joiner, Т. Е. утверждает, что нужно также иметь приобретенную способность преодолевать естественный страх смерти.

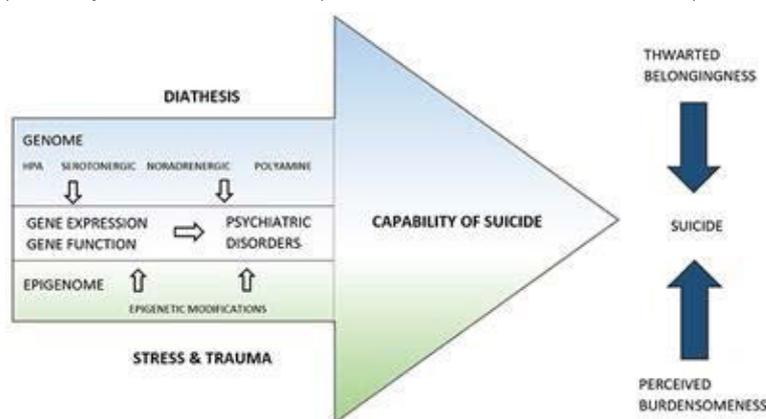


Рисунок 1.4.

Чувство принадлежности, принятие другими, считается фундаментальной потребностью, что необходимо для психологического здоровья и благополучия человека. Было показано, что повышенная социальная связанность - конструкция, связанная с принадлежностью - снижает риск самоубийства. Более конкретно, быть женатым, иметь детей и иметь больше друзей, связаны с более низким риском суицидального поведения. Кроме того, было показано, что «сближение» (например, сбор спортивных событий, торжеств) с другими людьми имеет превентивный эффект. Напротив, социальная изоляция часто сообщается тем, кто умирает от самоубийства до смерти.

Воспринимаемая обременительность - это вера в то, что человек воспринимается нагрузкой для других или общества. Joiner, Т. Е. описывает воспринимаемую обременительность как убеждение, что «моя смерть стоит больше, чем моя жизнь». Безработица, медицинские проблемы или проблемы со здоровьем и лишение свободы являются примерами ситуаций, в которых человек может чувствовать, что он является бременем для других. Важно отметить, что обременительность «воспринимается» и часто является ложной верой. Согласно теории,



сдерживаемая принадлежность и воспринимаемая обременительность вместе составляют стремление к самоубийству.

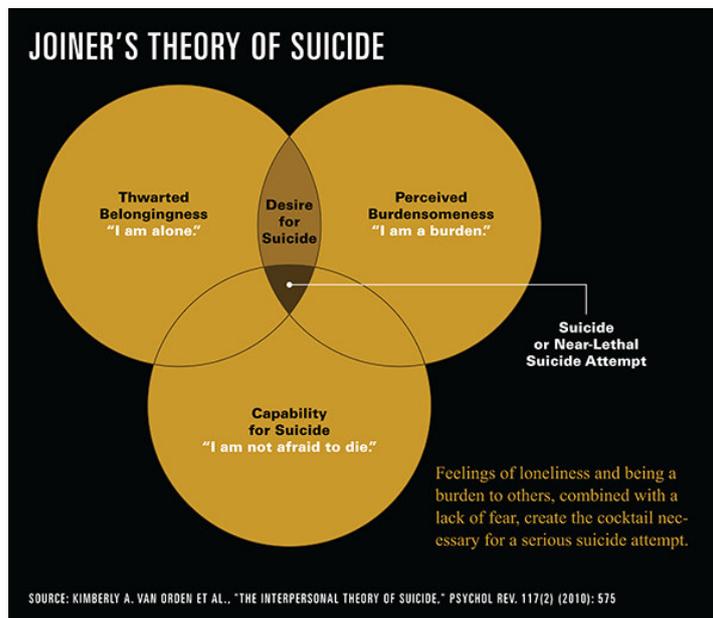


Рисунок 1.5.

ТЕОРИЯ БЕЗНАДЕЖНОСТИ ААРОНА БЭКА

Аарон Бэк – основатель современного варианта Когнитивно-Бихевиоральной Терапии (КБТ) предположил в 1970 г., что **безнадежность** – это катализатор суицида и определил, что доминирующее чувство безнадежности – более сильный индикатор возможного суицида, чем депрессия.

Он предложил несколько тестов для диагностики депрессий и безнадежности

Кризисное вмешательство в рамках КБТ является хорошим терапевтическим инструментом для лечения потенциальных суицидентов

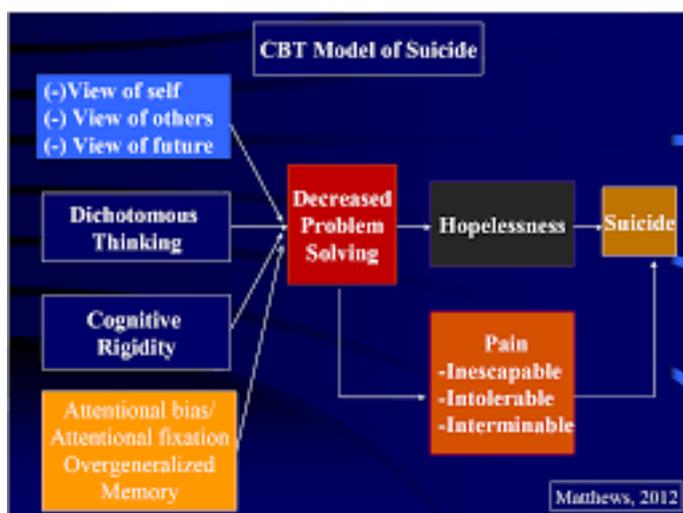


Рисунок 1.6.



ВНУТРЕННИЙ ДИАЛОГ: РЕБЕНОК-РОДИТЕЛЬ

«Трагическая смерть скончавшегося ... солиста южнокорейской суперпопулярной k-pop-группы SHINee Ким Джон Хена, больше известного как Джонхен, стала настоящим шоком для его поклонников и родных. Музыкант, которому было всего 27 лет, как стало известно в ходе расследования, покончил с собой, отравившись угарным газом. Спасти его, увы, не удалось. Спустя сутки после его гибели появились некоторые подробности произошедшего. Почему талантливый, молодой и перспективный артист решил свести счеты с жизнью? На этот вопрос ответил сам певец в своей предсмертной записке.

Я был сломан изнутри. Я не смог справиться с депрессией, которая полностью меня поглотила. Я был очень одинок. Свести счеты с жизнью очень сложно, и только поэтому я жил до сих пор. Пожалуйста, скажите, что я хорошо поработал, — написал он.

Свою записку он закончил, судя по всему, обращением к самому себе.

Ты хорошо поработал. Ты через многое прошел. Прощайте, — заключил музыкант.»

Источник <http://www.spletnik.ru/buzz/chronicle/79865-kim-dzhon-khen-svel-schet-y-s-zhiznyu-iz-za-depressii.html>

АНАЛИТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ: МОДЕЛЬ ТРАНЗАКТНОГО АНАЛИЗА



Рисунок 1.7.

7 СУИЦИДАЛЬНЫХ РЕШЕНИЙ WHITE T., 2011, 2017

1. «Если ты не изменишься, я убью себя»
2. «Если все станет слишком плохо, я убью себя»
3. «Я покажу тебе, даже если это меня убьет»
4. «Я заставлю тебя убить меня»
5. «Я убью себя под видом несчастного случая»
6. «Я буду пытаться умереть (многократно), чтобы заставить тебя полюбить меня»

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



7. «Я убью себя, чтобы причинить тебе боль»

ЗАВИСИМОЕ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР

Киевский профессор Сикорский, отец изобретателя вертолета, один из первых привлек внимание к врачебным суицидам. С негативной стороны, известен и как эксперт по «делу Бейлиса» - мальчика, убитого «евреями с ритуальной целью»

ПРИМЕРЫ

- **Суицид Бернара Гонсалеса врача футбольного клуба «Реймс» из-за Covid19**

Врач футбольного клуба "Реймс" Бернар Гонсалес совершил самоубийство. Он оставил предсмертную записку, в которой среди причин такого шага назвал инфекцию коронавирусом. 60-летний врач перед тем сдал тест на коронавирус, который подтвердил у него инфекцию. Вирус был обнаружен и у его жены, поэтому они оба находились в самоизоляции. Издание отмечает, что медик оставил подробное письмо, где именно наличие COVID-19 у него назвал причиной суицида.

- **Буллинг в сети привел к суициду профессора-гинеколога Войцеха Рокиты. Буллинг из-за Covid19**

«В Польше 18 марта в больнице Кельце в возрасте 54 лет после суицида умер профессор гинекологии и акушерства Войцех Рокита. Друг семьи врача Максимилиан Матерна решил добиться открытия уголовного дела, ведь зараженный коронавирусом врач в последнее время встречался в Сети с нищівною критикой и булінгом, хоть после инфицирования прекратил заниматься деятельностью и не встречался с пациентами.

По нашему мнению, эта волна ненависти была единственной причиной самоубийства профессора, - сказал юрист в интервью Onet. В конце обвинения и критика пользователей в Сети через которую произошла трагедия оказалась беспочвенной. В больнице, где работал медик подтвердили, что он не работал после возвращения из-за границы. "Учитывая неофициальную информацию, мы хотели бы заявить, что работник больницы, у которого подтвердили коронавирус со времени возвращения из-за границы не контактировал с пациентами и коллегами, - подчеркнула пресс-секретарь больницы Кельце.» Источник: <https://tsn.ua/ru/svit/v-polshe-inficrovannyi-koronavirusom-vrach-pokonchil-zhizn-samoubiystvom-1510992.html>

Профессия психолога, психотерапевта, врача – наиболее опасная в плане совершения суицида.

Напишите, какое суицидальное решение (из 7) принял:

- Бернар Гонсалес _____

- Войцех Рокита _____

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



ЛИЧНОСТЬ СУИЦИДЕНТА, СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК, НЕПРЯМОЙ СУИЦИД (АЛКОГОЛЬ И ПАВ)

КАК «НАМЕРЕНИЕ УМЕРЕТЬ» ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Намерение умереть («не живи!», экзистенциальная антивитальная установка)

- Депрессивность (БАР)
- Импульсивность (ПАВ)
- Небезопасная привязанность с болезненным переживанием одиночества (ПЛР)
- Безднадежность/беспомощность
- Аутоагрессивность (агрессия, направленная на себя)

САМООЦЕНКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТИПА ПРИВЯЗАННОСТИ. (BARTHOLOMEW, HOROWITS, 1991)

Ниже приводится характеристика четырех стилей взаимоотношений, чаще всего описываемых людьми. Поставьте галочку напротив буквы, обозначающей тот стиль, который подходит Вам больше других или описывает Вас наилучшим образом.

___А. Мне приятно испытывать близость и/или взаимозависимость: легко сближаться с другими людьми, чувствовать свою зависимость от них и их зависимость от меня. Я редко беспокоюсь о том, что меня могут бросить или о том, что кто-то может слишком сильно сблизиться со мной.

___В. Я очень нуждаюсь в близости: мне кажется, что люди не хотят сближаться со мной так, как того хотелось бы мне. Я часто беспокоюсь о том, действительно ли мой партнер любит меня и хочет ли оставаться со мной. Я хочу полностью слиться с другим человеком, и это желание порой отпугивает людей.

___С. Я могу обходиться без близких эмоциональных отношений; мне важно чувствовать свою свободу и самодостаточность, поэтому я предпочитаю ни от кого не зависеть сам и не вызывать зависимость от меня у других.

___D. Мне нелегко сближаться с другими людьми. Я хочу этого, но мне сложно полностью полагаться на людей и зависеть от кого-то. Я боюсь, что, если позволю себе довериться другому человеку, он может ранить меня.

КЛЮЧ:

Тип А – «надежный», или «безопасный» – характеризуется позитивным взглядом на себя и других (считает себя достойным любви, а партнеров – отзывчивыми и надежными);

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



тип В – «сверхвовлеченный», или «тревожно-противоречивый» – обладает негативным представлением о себе и позитивным – о других;

тип С – «отстраненно-избегающий» – имеет позитивную модель себя и негативную модель Другого;

тип D – «боязливый», или «осторожный» - негативно относится и к себе, и к другим.

Бартоломео предполагала, что, поскольку люди склонны к согласованному представлению о себе и о других, тип А и тип D должны быть преобладающими.

ФАКТОРЫ РАННЕГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА, ФОРМИРУЮЩИЕ АНТИВИТАЛЬНУЮ УСТАНОВКУ



Рисунок 2.1.

ЧЕТЫРЕ ТИПА ГАМАРТИЧЕСКОЙ АНТИВИТАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ У АЛКОГОЛИКОВ

1. Установка на преждевременную трагическую смерть, как следствие негативных моментов раннего детского развития (заброшенность, брошенность, физическое и сексуальное насилие в детстве);

2. Установка на преждевременную трагическую смерть в виде следования родительским неосознаваемым ожиданиям относительно будущей судьбы ребенка (попытки инфантицида и аборта, рождение от нежелательной беременности, преждевременное оплакивание); - как страх и тревога

3. Установка на преждевременную трагическую смерть как следствие суицидальной смерти или увечья близкого, к которым ребенок может прямо или косвенно считать себя пристрастным

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



(суицид родителей, смерть матери в родах, смерть брата или сестры, с которыми ребенок находился в конкурирующих взаимоотношениях, смерть близнеца)

4. Установка и невротический страх неминуемого наступления скорой неестественной смерти как следствие ятрогенного или дистрессового событий повседневной жизни.

Доминирующие маркерные чувства могут быть диагностированы в (1) случае как стыд, во (2) – как безнадежность, тоска, беспомощность, в (3) – как вина, в (4) – как страх.

Суицидальное решение, принятое в соответствии с Родительскими посланиями «НЕ ЖИВИ», «НЕ СУЩЕСТВУЙ», поддерживается за счет «голосов в голове» или «интроектов отрицательных родительских фигур»

ПСИХОТЕРАПИЯ ИНТРОЕКТОВ

ПСИХОТЕРАПИЯ ИНТРОЕКТОВ: ОТЦОВСКИЕ ИНТРОЕКТЫ

Что касается Отцов, сошлюсь на мнение “отца” современной суицидологи Эдвина Шнейдмана:

«В личности ... решившихся на самоубийство, недоставало интернализированной фигуры одобряющего их отца, которая (как и здоровое сердце), очевидно, необходима для долгой жизни» (Edwin Shneidman “The Suicidal Mind” , 1996)

ПСИХОТЕРАПИЯ ИНТРОЕКТОВ: МАТЕРИНСКИЕ ИНТРОЕКТЫ

Роль Отвергающих Матерей стала ясна для нас при изучении алкогольных суицидов. Так, в одном письме самоубийца обращается с просьбой к матери уничтожить его тело, но мать к тому времени уже сама давно была мертва

РЕПАРЕНТИНГ

Метод двух стульев



Рисунок 2.2.

Лечение Родительских интроектов

1. Изменение приводящих к патологии Родительских установок
2. Полная замена «старого» Родительского интроекта на новый и позитивный



3. Поиск и акцентирование внимания на позитивных и эффективных родительских фигурах в прошлом клиента

ПСИХОТЕРАПИЯ ИНТРОЕКТОВ: ТЕРАПИЯ «ГОЛОСОВ»

Постулирует наличие 2 систем Я: «Системы Я» и «Анти Я». «Анти Я» продуцирует аутодеструктивные мысли и интегрированные с ними чувства в виде «внутренних голосов». «Голоса» направлены против «Я», «других» и запускают суицидальное поведение

Роберт Фарестоун говорит о 3 уровнях аутоагрессии [д.л. 40]:

- на 1 уровне «голоса» ведут к отгороженности, изоляции и одиночеству;
- на 2 уровне «голоса» соблазняют к выпивке, а затем ругают;
- на 3 уровне «голоса» атакуют Я и побуждают к суициду.

Принципы работы с голосами [д.л. 40]:

- 1 шаг: Выявление как можно большего числа «голосов» и связанных с ними чувств;
- 2 шаг: Отреагирование гнева и печали в ходе диалога с голосами;
- 3 шаг: Узнавание, кому из родительских фигур принадлежат голоса?
- 4 шаг: Осознавание влияния прошлых «голосов» на настоящую жизнь;
- 5 шаг: Интернализация корректирующих утверждений терапевта и выход из-под влияния «голосов»

ВЫВОДЫ И СЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ

1. Потери Эротизированных объектов имеют большее значение для парасуицидального поведения;
2. Потери Агапэ-объектов имеют большее значение в природе завершенных суицидов;
3. Провитальная психотерапия, исследующая Родительские интроекты, например, в методике 2 стульев, в большей степени должна сосредоточиться на конфронтации и декатексисе Преследующих и Отвергающих Материнских интроектов [д.л. 40] и реконструкции и/или терапии Отцовских поддерживающих интроектов («терапия интроектов» см. McNeel, 1976).
4. Любая психотерапия суицидального клиента должна быть ориентирована на создание вторичной надежной привязанности или «безопасной базы» (Bowlby J., 1961; Lineham M., 1993, 2008)

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

ДИАГНОСТИКА НЕМЕДЛЕННОГО СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Диагностика суицидального психического статуса

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



ПРИЗНАКИ ОСТРОГО СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

(Григорьева А., 2020)

- Нет диссоциации с суицидальностью даже после длительной беседы
- Тягостные суицидальные мысли, появляющиеся спонтанно
- Отчётливый план суицида (способ, место, время или другие условия)
- Подготовка к суициду, особенно в случае жестокого способа; подготовка к прощанию
- Альтруистическое (псевдо-альтруистическое) объяснение суицида; идеи о самопожертвовании

СУИЦИДАЛЬНЫЙ ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС (ОПИСАНИЕ)

Описание из книги Булыгина В.Г., Кудрявцев И.А. Психологические основы профилактики опасных действий психически больных [о.л. 5]

Человек в состоянии пресуицида не может самостоятельно осуществить рациональный анализ ситуации ... причины и корни нарастающего тягостного психоэмоционального состояния, оценить его развитие как болезненный процесс. Доминирующим смысловым содержанием сознания пресуицидента становится крепнущее убеждение, что в его жизни «совершается не то, что в ней должно совершаться, следовательно, такая жизнь не имеет смысла». Такой деструктивный защитный механизм переводит ситуативное напряжение в личностное, постоянное. Он не позволяет вычленить ситуативный принцип «сейчас», осознать свою душевную боль как результат «временного стрессового влияния» (которое пройдет-Д.Ш.) не подлежащего оценке как главного единственного условия, определяющего все будущее.

... суицидальные намерения совершаются чаще не импульсивно, а «подготовленно», «после неотступного мучительного мыслительного размышления», носящего характер ... «умственной жвачки»

Триггером является событие, затрагивающее особенно индивидуально непереносимую травму прошлого ... реакция следует внезапно.

ДИАГНОСТИКА ВОЗМОЖНОГО СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

- Изучение истории пациента (например, прямые вопросы о суицидальном опыте и пережитых суицидальных попытках, недавних значимых потерях)
- Клиническое обследование (наличие депрессии или повторяющихся депрессивных эпизодов, последствий самоповреждений или несчастных случаев)
- Построение генограмм
- Особым образом структурированное интервью, например, провитальное интервью (ПИ)
- Тесты для определения суицидального риска

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



ГЕННОГРАММА

Генограмма алкогольного сценария

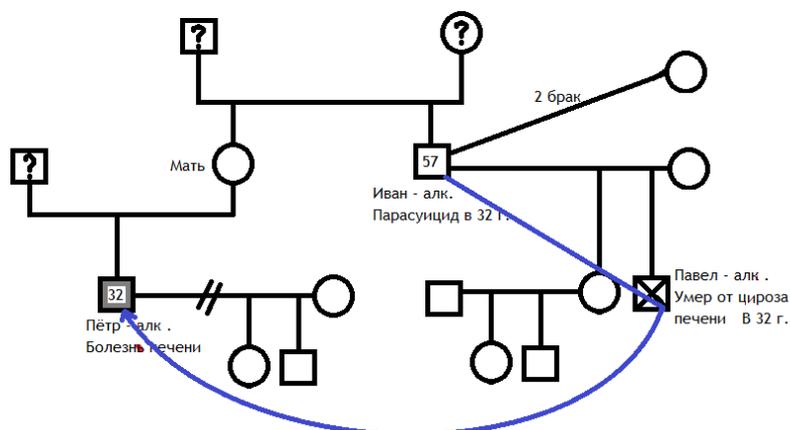


Рисунок 2.3.

ЭПИСКРИПТ

Из статьи [д.л. 23]



Рисунок 2.4.

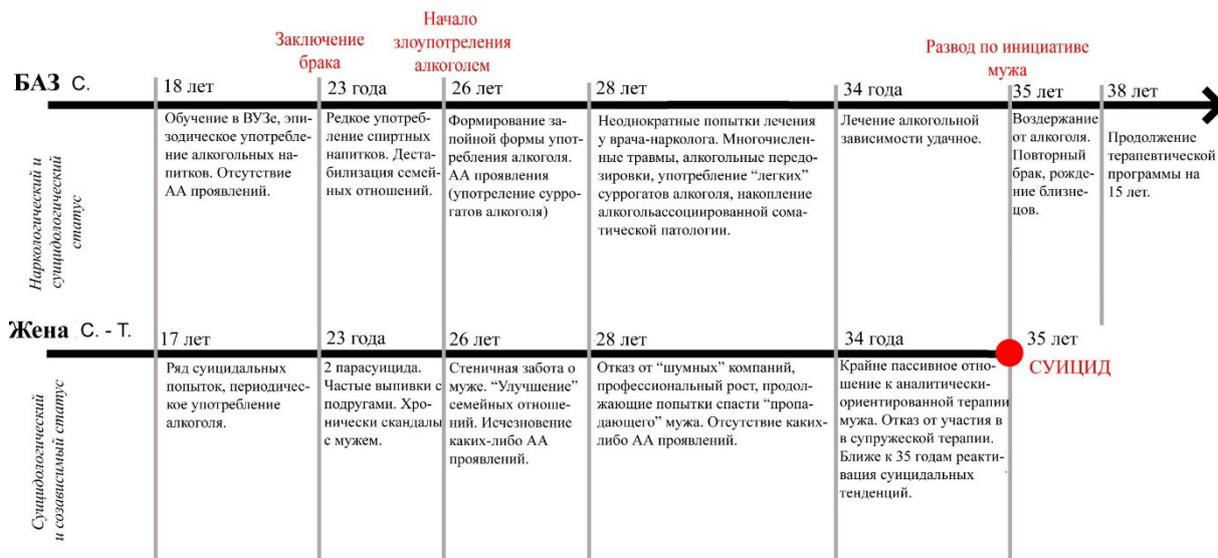


Рисунок 2.5.

ПРОВИТАЛЬНОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ

Вопросы для подсчета КСО [о.л. 19]

- Наблюдались ли Вы у психиатра?
- Были ли в Вашей семье трагические смерти близких родственников?
- Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством?
- Вы имели тесный опыт общения с самоубийцей?
- Вам характерно долго переживать вину?
- Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?
- Испытывали ли Вы острое чувство одиночества?
- Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?
- Бывают ли у Вас моменты безысходности?
- Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказу от пищи?
- Подвергались ли Вы серьезному физическому насилию?
- Наносили Вы себе самоповреждения?
- У вас бывают эпизоды, Вы не видите в жизни никакого смысла?
- Вас часто мучают угрызения совести?
- Были ли у вас черепно-мозговые травмы?
- Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки?
- Склонны ли Вы к неоправданному риску?



АУТОАГРЕССИЯ И COVID-19

АУТОАГРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПАНДЕМИЯ

Несмотря на очевидные причины повышения риска суицида в условиях пандемий, в литературе не так много публикаций на эту тему. Большинство авторов цитируют одни и те же работы, чаще всего упоминается исследование, проведенное американским суицидологом А. Вассерманом, в котором он попытался оценить влияние Первой Мировой Войны (1914-1918 гг.), пандемии «испанки» (1918-1920 гг.) и введение «сухого закона» (1920-1933 гг.) на смертность от суицидов в США. Используя модель временных рядов, автор показал, что война не оказала никакого влияния на частоту самоубийств, пандемия привела к повышению индексов, а ограничение продаж алкоголя – к снижению. [Wasserman I.M. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910–1920. *Suicide Life Threat Behav.* 1992; 22: 240–254].

Другая работа, которая напрямую связывает индексы суицидов и эпидемическую ситуацию, из Гонконга, посвящена тяжёлому респираторному синдрому SARS. В этом исследовании авторы, анализируя с использованием регрессионных моделей консолидированную статистику суицидов в Гонконге (где эпидемия нанесла значительный ущерб) за период с 1993 по 2004 г., обнаружили достоверное повышение индексов суицидов среди пожилых людей в течение двух месяцев в 2003 г. [Cheung Y.T., Chau P.H., Yip P.S. A revisit on older adults' suicides and severe acute respiratory syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008; 23: 1231–1238].

Более подробную информацию можно найти в статье: Розанов В.А. Насущные задачи в сфере суицидальной превенции в связи с пандемией COVID-19. *Суицидология.* 2020; 11 (1): 39-52. [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-39-52](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-39-52)

«СМЕРТИ ОТ ОТЧАЯНИЯ» - СУИЦИДЫ, СМЕРТИ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ

Обзор психологических эффектов карантина (как при COVID-2019, так и при предыдущих эпидемиях вирусных заболеваний) (Brooks SK, et al., 2020) показал высокую распространенность симптомов посттравматического стресса, дезориентации и гнева, причем определенная симптоматика могла наблюдаться на протяжении длительного времени.

В контексте пандемии все вышеперечисленные факторы могут привести к всплеску так называемых «смертей от отчаяния» - самоубийств и смертей, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков среди людей, сталкивающихся с чувством отчаяния из-за неопределенности и мрачности перспективы собственного будущего (Case A., Deaton A., 2017). Эти смерти дополняют



смертность непосредственно от COVID-2019, и только в США, согласно умеренному сценарию, их ожидается около 68 000 (Petterson S. et al, 2020)

На сегодняшний день нет подробной статистики и в этом курсе мы будем больше говорить не о количественном, а о качественном содержании феномена «СУИЦИД-сovid-19»

На фоне тысяч транслируемых онлайн-смертей, беспомощности правительств и медицинских систем все настойчивей звучат голоса о суицидальной опасности на фоне covid-19. Об этом высказался, например, Трамп <https://www.google.com/amp/s/bykvu.com/ru/bukvy/koronavirus-mozhet-stat-prichinoj-samoubijstv-v-ssha/amp/>.

Ряд организаций и «горячих кризисных линий» Великобритании и Соединенных Штатов сообщают об увеличении тревожных звонков в 75 раз, причем каждый пятый звонок (из 1519) содержит суицидальные угрозы <https://www.google.com/amp/s/newsonline.com/3921332/coronavirus-related-suicides-amid-anxiety/amp/>; <https://www.google.com/amp/s/amp.sacbee.com/news/coronavirus/article241800966.html>

Наконец, особенно драматичны сообщения о суицидах медицинских работников, зараженных вирусом – Итальянских медсестер, врача французского футбольного клуба «Реймс» (мы рассматривали их подробнее выше).

НОВЫЕ ПРАВИЛА ЖИЗНИ, В РАМКАХ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЮТСЯ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТРАГЕДИИ

С момента сообщения ВОЗ о пандемии коронавируса были рекомендованы ПРАВИЛА, предписывающие особый стиль поведения

Этих правил не было раньше, и они отражают новые СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ЖИЗНИ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ЛЮДЕЙ.

Именно в рамках этих условий жизни разворачиваются суицидальные трагедии.



Рисунок 3.1.



РЕЖИМ САМОИЗОЛЯЦИИ (CORONA LOCKDOWN)

1. 34-летний британский мужчина Даниэль Фурнисс, страдавший БАП, покончил с собой, потому что его «толкнуло за край» одиночество во время блокировки коронавирусом. «Одной из тех вещей, с которыми он боролся, было одиночество», - сказала его сестра. «У Дэна был диабет, и его классифицировали как человека с высоким риском, поэтому после блокировки он не смог выйти, что, как мы думаем, подтолкнуло его». <https://www.google.com/amp/s/nypost.com/2020/04/03/man-kills-self-after-being-pushed-over-edge-by-coronavirus-loneliness/amp/>

2. 15-летний Киан из Англии покончил собой. Его мать упоминает, что Киан говорил, что он чувствовал себя «изолированным от мира» и хотел, чтобы он «перенес все это». Она утверждает, что Киан не был в депрессии и не страдал ни от каких психических заболеваний. <https://www.sciencetimes.com/articles/25239/20200408/teen-allegedly-committed-suicide-feeling-isolated-amid-coronavirus-lockdown.htm>

3. Эмили Оуэн, 19 лет, за несколько дней до самоубийства говорила, что карантин убьет гораздо больше людей, чем сам коронавирус. Знакомые девушки отмечали, что ей было трудно справиться с тем, что все в мире вокруг закрывается, а планы отменяются <https://www.google.com/amp/s/amp.ren.tv/news/v-mire/677379-devushka-pokonchila-s-soboi-iz-za-karantina-v-svizi-s-koronavirusom>.

4. 32-летний мужчина в Индии повесился из-за разлуки с женой во время изоляции <https://www.google.com/amp/s/gulfnews.com/amp/world/asia/india/the-human-cost-of-indias-coronavirus-lockdown-deaths-by-hunger-starvation-suicide-and-more-1.1586956637547>

ИНФОРМИРОВАНИЕ СМИ ГРАЖДАН О СМЕРТЕЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ КОРОНАВИРУСА И МУЧИТЕЛЬНОЙ СМЕРТИ

1. 34-летняя медсестра Даниэла Трецци из итальянского города Монца, узнав, что её тест на коронавирус показал положительный результат, покончила с собой. Женщина работала в отделении интенсивной терапии. С 10 марта она находилась на карантине из-за того, что у нее появились симптомы коронавирусной инфекции. После того как тест на заболевание показал положительный результат, женщина, опасаясь, что заразила других, распространяя вирус, свела счёты с жизнью.

2. У 49-летней медсестры из Езоло, работавшей с пациентами с COVID-19, появился жар, после чего ее протестировали на коронавирус. После двухдневной самоизоляции она покончила с собой, не дождавшись результата. <https://www.google.com/amp/s/apostrophe.ua/news/world/europe/2020-03-27/suitsid-iz-za-koronavirusa-v-italii-proizoshla-tragediya-s-medsestrami-foto/192175%3famp>

3. Мужчина 27 л, узнав о положительном тесте на ковид-19, сбросился с 5 этажа <https://www.nationthailand.com/news/30385349>

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



4. Мужчина 40 лет повесился в госпитале где у него взяли анализ на ковид-19
<https://www.google.com/amp/s/www.deccanherald.com/amp/national/north-and-central/up-suspected-covid-19-patient-commits-suicide-in-quarantine-ward-820493.html>

СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ «ЗАРАЖЕННОГО» И «АЛЬТРУИСТИЧЕСКИЕ» (ИЗ-ЗА ЛЮБВИ К БЛИЖНИМ) СУИЦИДЫ

1. О нескольких «альтруистических», по терминологии Эмиля Дюркгейма, суицидах в Индии и Бангладеш сообщается в научном журнале [M.A. Mamun, M.D. Griffiths. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. Asian Journal of Psychiatry April 2020 with 360 Reads DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102073]

2. Министр финансов федеральной земли Гессен Томас Шефер найден мертвым в субботу, 28 марта. Его тело было обнаружено недалеко от железнодорожного вокзала в городе Хоххайм-на-Майне. Полиция не исключает версию самоубийства. Перед смертью Шефер оставил записку, однако содержание ее не раскрывается. Губернатор штата Гессен Фолькер Буфье связал смерть Шефера с коронавирусной инфекцией. "Он всегда был озадачен тем, сможет ли он удовлетворить ожидания населения, особенно в плане финансовой помощи. Он не видел выхода, поэтому покинул нас. Это стало шоком для всех", - заявил Буфье.

3. В штате Андхра-Прадеш Индии 50-летний Бала Кришна заподозрил у себя коронавирус, про который говорят в СМИ, и покончил с собой.

Мужчина постоянно смотрел новости о распространении вируса. Когда у него появились симптомы простуды, он решил, что тоже заразился коронавирусом, и обратился в больницу. Врачи установили, что это не коронавирус. Кроме того, в стране на данный момент зафиксировано только три случая заражения, сообщает [Daily Mail](#).

Индиец не поверил словам врачей и вернулся домой, где рассказал членам семьи о своей страшной болезни. Когда те попытались подойти к нему, он начал бросать в них камни. После этого запер семью в доме и ушел на кладбище, где совершил суицид возле могилы матери.

Сын погибшего рассказал, что в последнее время был обеспокоен душевным здоровьем отца и даже звонил на государственную «горячую линию», но там его заверили, что беспокоиться не о чем. Парень уверен, что, если бы хоть кто-то отреагировал вовремя на его просьбу о помощи, его отец был бы жив.

Основная причина – мужчина хотел спасти свою семью и штат от заражения

4. Очень похожий случай был зарегистрирован в Индии 12 февраля (2020 г.), когда жертва, возвращаясь из города в родную деревню, покончила жизнь самоубийством, повесившись, чтобы избежать распространения COVID-19 по всей деревне (Goyal et al., 2020).



Исходя из этих двух случаев, представляется, что сельские жители и моральное сознание жертвы сыграли главную роль в содействии самоубийствам (Goyal, Kapir Fear of COVID 2019: First suicidal case in India. Article in Asian Journal of Psychiatry 49:101989 · February 2020 with 210 Reads DOI: 10.1016/j.ajp.2020.101989

Карантин: Буллинг и Самонаказание «нарушителей»

Буллинг в сети привел к суициду профессора-гинеколога Войцеха Рокиты (мы рассматривали этот случай выше)

МОДЕЛЬ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ ТРАНСАКЦИОННОГО АНАЛИЗА

Еще раз вспомним схему Рисунок 1.7.



КОНЦЕПЦИЯ ТА И РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ СУИЦИДА НА ФОНЕ СТРЕССА COVID-19

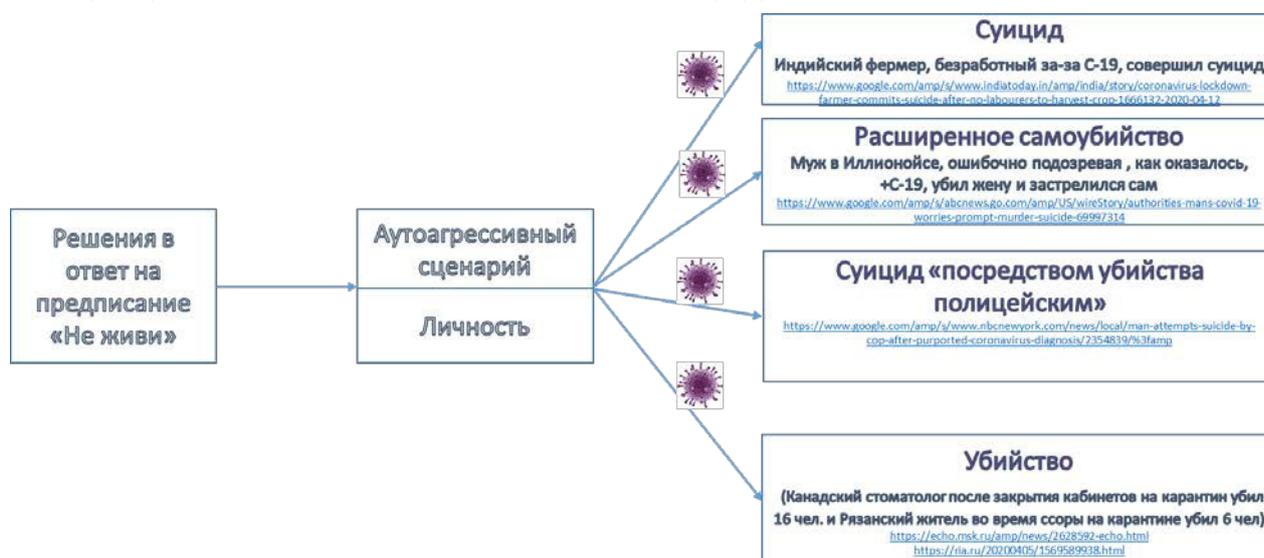


Рисунок 3.2.

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



НЕКОТОРЫЕ ВЫВОДЫ И ПРЕВЕНЦИЯ

Содержание Covid-19 как суцидогоенного стрессора:

- Снижение банка поглаживаний из-за различных форм социального дистанцирования, что по мнению некоторых лежит в основе депрессии
- Одиночество и изоляция
- Аномия
- Страх заражения и ужасного умирания
- Буллинг
- Повышенная социальная ответственность

Превенция суцидов

- (1) Запирайте огнестрельное оружие отдельно от боеприпасов в оружейном сейфе или используйте тросовый замок. Убедитесь, что ключ или комбинация хранятся в недоступном для детей или лиц, подвергающихся риску, месте
- (2) Избегайте накопления смертельных доз лекарств Подумайте о том, чтобы запереть лекарства подальше от молодежи или тех, кто подвергается риску
- (3) Утилизируйте неиспользованные или ненужные лекарства
- (4) Знайте предупреждающие об опасности суцида признаки и напрямую спрашивайте о самоубийстве
- (5) Ищите помощь и поддержку

Психологическая служба округа Нокс (Теннесси), где вспышке из 9 суцидов за 48 ЧАСОВ (!) в конце марта предшествовало торнадо, унесшее жизни более 20 человек в начале марта

<https://thefederalist.com/2020/03/27/more-people-died-from-suicide-than-coronavirus-in-tennessee-this-week/>

СООБЩЕНИЯ ВОЗ

ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ

World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Published January 30, 2020. Accessed February 2, 2020. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Цитата по Суцидология 2020, 11, 1

1. COVID-19 влияет на людей многих стран во многих географических точках. Не приписывайте заболевание лицам конкретной этнической или национальной принадлежности.

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суцидоопасных клиентов».

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2020 год.

26



Будьте чуткими ко всем пострадавшим, в любой стране и за её пределами. Пострадавшие от COVID-19, не сделали ничего плохого и заслуживают нашей поддержки, сострадания и доброты.

2. Не называйте людей с COVID-19, лечащихся от COVID-19 или выздоравливающих – «больными», «случаями COVID-19», «жертвами», «семьями COVID-19». По выздоровлению их жизнь будет продолжаться на рабочих местах с семьями и близкими. Важно отделить человека от личности, определённой COVID-19, чтобы уменьшить стигму.

3. Минимизируйте просмотр, чтение или прослушивание новостей о COVID-19, вызывающих беспокойство; ищите информацию из надёжных источников, чтобы могли предпринять практические шаги, планировать и защитить себя и близких. Ищите обновления информации в определённое время в течение дня, один или два раза. Внезапный и постоянный поток новостных сообщений о вспышке может вызвать у кого-то беспокойство. Получать факты, а не слухи, а дезинформация. Регулярно получайте сообщения веб-сайта ВОЗ и местных органов здравоохранения, чтобы отличить факты от слухов и уменьшить напрасные страхи.

4. Защитите себя и поддерживайте других. Помощь другим в трудную минуту может принести пользу получающему и дающему. Например, уточните соседей, нуждающихся в дополнительной помощи. Работая вместе, будем солидарны.

5. Найдите возможности усиления позитивных и обнадеживающих историй и позитивных образов, например, выздоровевших или поддержавших любимого и готовых делиться опытом.

6. Уважайте ухаживающих за больными и работников здравоохранения, поддерживающих пострадавших от COVID-19. Признайте их роль в спасении жизней и обеспечении безопасности ваших близких.

ДЛЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7. Чувство стресса, вероятно, переживание для вас и многих ваших коллег. Вполне нормально чувствовать себя так в нынешней ситуации. Стресс и связанные с ним чувства ни в коем случае не указывают на невозможность работать и слабость. Управление вашим психическим здоровьем и психосоциальным благополучием в это время так же важно, как и управление физическим здоровьем.

8. Берегите себя. Выбирайте полезные стратегии совладания, как достаточный отдых и передышки в работе и меж сменами, есть достаточно и здоровую пищу, заниматься физическими упражнениями и общаться с семьей и друзьями. Избегайте вредных стратегий совладания, как курение табака, спиртного и иных наркотиков. В долгосрочной перспективе это ухудшит ваше психическое и физическое благополучие. Вспышка COVID-19 является уникальным и беспрецедентным сценарием для многих работников. Тем не менее, стратегии, работавшие в

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



прошлом, чтобы справиться со стрессом, могут быть полезными сейчас. Вы человек, который, скорее всего, знает, как снять стресс и поддерживать себя психологически. Это не спринт, но марафон.

9. К сожалению, некоторых медработников избегают из-за стигмы и страха близкие и окружающие, что усложнит и так сложную ситуацию. По возможности, общайтесь с близкими посредством цифровых технологий. Обратитесь к коллегам, руководству или другим доверенным лицам за социальной поддержкой – у коллег могут быть схожие переживания.

10. Используйте понятные способы обмена сообщениями с людьми с интеллектуальными, когнитивными и психосоциальными нарушениями. Где возможно, используйте общение, не основанное исключительно на письменной информации.

11. Знать, как оказывать поддержку затронутым COVID-19 и как связать их с доступными ресурсами. Это особо важно для нуждающихся в психиатрической помощи и психосоциальной поддержке. Стигма может вызвать нежелание обращаться за поддержкой в связи с COVID-19 и психическими расстройствами. Руководство по гуманитарному вмешательству mhGAP (mhGAP Humanitarian Intervention Guide¹) представляет клиническое руководство для ведения приоритетных психических расстройств медработниками общего профиля.

НЕКОТОРЫЕ ВЫВОДЫ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

- Установите ограничение на потребление медиа, включая социальные сети, местные или общенациональные новости.
- Оставайтесь активным. Удостоверьтесь, чтобы выспаться и отдохнуть. Больше пейте жидкости и избегайте чрезмерного количества кофеина или алкоголя. Ешьте здоровую пищу, когда это возможно.
- Общайтесь с близкими и другими людьми, которые могут испытывать стресс по поводу вспышки. Поговорите о своих чувствах и наслаждайтесь разговором, не связанным со вспышкой
- Физическая дистанция не должна означать эмоциональную дистанцию: телефонные звонки, видеочат и телездоровоохранение являются полезными способами поддержки
- Самаритяне рекомендуют использовать видеозвонки для виртуальных обедов, чаепитий и встреч, чтобы помочь с чтением языка тела и поддержанием близости и доверия. Можно писать текстовые сообщения
- Многие психотерапевты обращаются к таким платформам, как Zoom, Skype и FaceTime, чтобы проводить видеосеансы с клиентами. Увеличение также происходит с Crisis Text Line, а также приложениями, такими как TalkSpace и BetterHelp, где люди отправляют сообщения



и получают ответы от лицензированных терапевтов. Такие чат-боты, как Wysa, Woebot и Tess, которые используют искусственный интеллект вместо людей для предоставления ответов в виде релевантного контента, также демонстрируют значительное увеличение использования.

- Помните также, что поддержка человека, который чувствует самоубийство, сама по себе огорчительна, поэтому убедитесь, что вы также заботитесь о себе и имеете кого-то, с кем вы можете поговорить о своих собственных чувствах

<https://patient.info/news-and-features/covid-19-what-to-do-if-you-feel-suicidal-during-the-coronavirus-lockdown>

АЛГОРИТМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СТРЕССА РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

| | |
|---|--|
| Эмоционально-шоковые реакции | Обеспечение безопасности и защита, фармакотерапия по показаниям (например, судороги) |
| При сохранении ясного сознания сразу после травматического эпизода (несколько час – 48 час) | Снижение уровня или устранение стрессогенной ситуации Групповой дебрифинг |
| ПТСР (6 мес) и «первичная диссоциация» (навязчивые воспоминания, флэшбэки, ночные кошмары) - «вторичная диссоциация» (феномены выхода из тела, дереализация, аналгезия и проч.) - «третичная диссоциация» вплоть до феномена множественной личности | Техника вскрывающих интервенций с целью интеграции травматических воспоминаний и психообразовательные техники Раскрытие травматических чувств в поддерживающем окружении Интеграция личности |
| Хроническая (детская) травма (травматическое развитие, личностное расстройство) | Симптоматическая психотерапия детской травмы |

ДЕБРИФИНГ («РАЗБОР ПОЛЕТОВ»)

Цель – в безопасных, поддерживающих условиях отреагировать, разделить и нормализовать реакции, поведение, мысли и чувства, возникшие в ходе травматической ситуации

Различают 7 фаз-этапов дебрифинга:

1. Вводная фаза
2. Фаза описания фактов
3. Фаза описания мыслей

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



4. Фаза описания переживаний
5. Фаза описания симптомов
6. Фаза завершения
7. Фаза реадaptации

..дебрифинг наиболее эффективен, если он проводится до введения транквилизаторов и до того, как пострадавшим предоставлена возможность сна (то есть — в первые сутки); естественно — если для этого имеются возможности и достаточное количество квалифицированных специалистов, способных проводить дебрифинг. В случаях, когда дебрифинг оказывается по тем или иным причинам отложенным, происходит консолидация следов памяти, сопровождаемая рядом психопатологических феноменов, хорошо известных специалистам... М.М. Решетников

СОСТАВЛЕНИЕ «ПЛАНА БЕЗОПАСНОСТИ»

План безопасности

В плане должны быть перечислены формы деятельности, способные успокоить клиента (1); причины, легшие в основу решения клиента жить (2); телефон и имя друга/члена семьи (3) либо других людей, если первые недоступны (4); телефон и имя психотерапевта, психиатра, консультанта (5); телефон доверия (6); место, где клиент будет в безопасности (7); совет обратиться и адрес центра неотложной помощи или ближайшего стационара (8); рекомендация и телефон экстренных служб помощи (МЧС), которые могут безопасно доставить в центр медицинской неотложной помощи (9).

КОНТАКТЫ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ПОМОЩИ (САЙТ РОП)

Москва

Телефон горячей линии Covid-19: 8-800-2000-112 (Любов и соавт., 2020)

Горячая линия ФМИЦПН имени Сербского, консультируют психотерапевты: +7(495)637-70-70

Колл-центр правительства Москвы, на горячей линии работают десять психологов, которые консультируют пожилых людей и всех, кто в карантине: +7 (495) 870-45-09

Круглосуточный телефон психологической «неотложки» в Москве (относится к Московской службе психологической помощи населению): 051 с городского телефона или +7 (495) 051 с мобильного

Консультирование по скайпу, в чате и по электронной почте - [на сайте](#) Московской службы психологической помощи населению

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



Кризисные психологи Судебно-экспертной палаты РФ открыли горячую линию для заболевших коронавирусом, их родственников, а также тех, кто потерял работу или бизнес: 8 (800) 201-27-45, скайп: @f.aquamodule

Московские медицинские психологи запустили службу поддержки для испытывающих дискомфорт из-за самоизоляции, обратиться за помощью можно по телефону +7 (495) 150-54-45 ежедневно с 9:00 до 20:00

Санкт-Петербург

Городской телефон доверия при ГБУЗ ГПБ 7 имени Павлова (Клиника неврозов) 323-43-43 круглосуточно

Городской психотерапевтический центр 246-21-80 в рабочие дни с 9.00 до 21.00

Кабинет медико социально психологической помощи 246-21-79 рабочие дни с 9.00 до 19.00

Для врачей организованы [консультации специалистов РПА](#)

Остальные регионы

8-800-1000-183 – Башкорстан



ПСИХОТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО КЛИЕНТА

ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

| Вид вмешательства в зависимости от периода и суицидальный статуса | Цели вмешательства и психотерапии |
|--|--|
| 1. Психотерапия острого периода (высокий суицидальный риск)/ пресуицид | 1. Не допустить суицид. Госпитализация в ПБ или кризисный стационар |
| 2. Психотерапия непосредственно после суицидальной попытки/ суицид | 2. Купирование аффективных расстройств и расстройств мышления |
| 3. Оценка возможного повторного суицида / постсуицид | 3. Принять решение: выписывать или продолжать терапию |
| 4. «Плановая психотерапия» | 4. Психотерапия суицидальных решений (суицидального сценария). Профилактика повторного суицида |
| 5. Психотерапия родственников, друзей, терапевтов | 5. Дебрифинг, поддержка, «управляемое» горевание, профилактика суицида «вдогонку» |

МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ

В ХОДЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ (ИНТЕРВЕНЦИЯ)

- Эго-дефицит (контракт заботы)
- Кризисная ситуация или Кризис
- Захлестывающие эмоции, туннельное мышление и др. как составляющие «суицидального состояния психики» (например, создание препятствий для суицидальных отыгрываний)
- Психотический статус

В ХОДЕ ПЛАНОВОЙ ПОМОЩИ (ПРЕВЕНЦИЯ И ПОСТВЕНЦИЯ)

- Укрепление контролирующей функции Эго, укрепление границ Я (контракты, план безопасности)
- Психическая травма и диссоциация
- Раннее решение «Не живи»
- «Токсические» Родительские интроекты
- Траур и прощение

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

| | |
|---|---|
| <p>1. Оценить состояние Я и возможность самообеспечения безопасности, например, может ли клиент заключить антисуицидальный контракт.</p> <p>При диагностике психотического уровня суицидальной депрессии или других признаков психоза</p> | <p>1. Если Я «сужено» (контаминировано) – то контракт заботы (попечение близких родственников, срочная консультация психиатра или суицидолога и госпитализация в психиатрический стационар или кризисное отделение). Лучше если госпитализация будет добровольной. По закону «О психиатрической помощи и гарантиях гражданам при ее оказании» возможна недобровольная госпитализация!</p> |
| <p>2. Возможно заключить антисуицидальный контракт, отсутствие психотических симптомов</p> | <p>2. Контракт на «социальный контроль», заключение антисуицидального контракта, составление «плана безопасности» и в зависимости от степени суицидального риска приглашение и информирование поддерживающих родственников, амбулаторная психотерапия</p> |

УКРЕПЛЕНИЕ ГРАНИЦ И КОНТРОЛЯ «Я»

Антисуицидальный контракт

«Договор на «не – самоубийство» или «антисуицидальный» контракт

Договор заключен между клиентом (Ф.И.О.)..... и терапевтом.....
(Ф.И.О.). Дата.

Я, Ф.И.О....., осознавая необратимые последствия попытки суицида (смерть, горе родственников, передача такого способа «решения проблем» детям и внукам), принимаю решение оставаться живым и не предпринимать попыток суицида или других действий против своей жизни и здоровья, какие бы события не случились в будущем, с момента подписания контракта и далее.

Я, Ф.И.О....., приветствую ответственное решение своего клиента и обязуюсь со своей стороны оказывать ему психотерапевтическую помощь в соответствии с действующим контрактом, в том числе, быть доступным для обсуждения вопросов смерти и умирания, суицидальных импульсов и мыслей, связанных с ними. Я также обязуюсь быть

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



доступным для терапевтического контакта и во время между сессий, отвечая на телефонный звонок (электронное сообщение) моего клиента на условиях, оговоренных в основном контракте на лечение.

Подписи сторон».

СУИЦИД СОСТОЯЛСЯ: ПАЦИЕНТ ОСТАЛСЯ ЖИВ

Айна Григорьевна Амбрумова – автор концепции «социально-психологической дезадаптации». Суицидальный конфликт как дезадаптирующий проходит в 2 фазы:

1 фаза: Предиспозиционная – сопровождается тягостными переживаниями, психическим напряжением и стремлением его ликвидировать.

2 фаза: Суицидальная фаза – представляет собой парадоксальный процесс устранения конфликта и напряжения за счет разрушения самого субъекта

После оказания реанимационного пособия в больнице скорой медицинской помощи (по необходимости) и оценке суицидального риска (обычно консультации психиатра) пациента может быть отпущен домой или госпитализирован в кризисное отделение при соматической клинике (или частный психотерапевтический стационар).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИЗИСА И КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Кризис – **«Кризис»** (от греч. krisis – решение, поворотный пункт, исход) – переломный момент, тяжелое переходное состояние, обострение, опасное неустойчивое состояние.

В китайском языке понятие кризис определяется как «полный опасности шанс».

Гордон В. Олпорт определяет кризис как ситуацию эмоционального и умственного стресса, которая требует значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени.

Джеймс Хилманн – «состояние смертельного переживания» как необходимость изменения

Кризисное вмешательство

Кризисное вмешательство означает набор психотерапевтических техник и организационных решений для обеспечения безопасности и сохранения жизни пациента, пока кризисная ситуация не разрешится и не восстановится ситуация, предшествовавшая кризису. Выделяют следующую последовательность этапов кризисного вмешательства:

- ограничение доступа к возможным средствам совершения суицида;
- уменьшение изоляции и одиночества парасуицидента путем стимулирования различных видов деятельности под постоянным наблюдением ухаживающих лиц;



- снижение тревоги, агитации и бессонницы путем назначения препаратов и/или тренинга релаксации;
- повышение доступности для контактов через телефонную связь или частоту посещений;
- установление сотрудничающих терапевтических отношений, направленных на решение проблем и усовершенствование соответствующих навыков пациента;
- высвобождение пациента из токсического стрессового окружения, например, с помощью госпитализации;
- системные интервенции, направленные на переключение с существующей, например, семейной, динамики;
- обсуждение безопасных решений при появлении непредвиденных обстоятельств.

Кризисная терапия состоит из 3 последовательных этапов [о.л. 11]

(1) кризисная поддержка (установление терапевтического контакта, раскрытие суицидоопасных переживаний, мобилизации личностной защиты, заключение терапевтического договора);

(2) кризисное вмешательство (рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, выявления блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса неадаптивных установок, коррекция неадаптивных установок, активизация терапевтической установки);

(3) повышение уровня адаптации (тренинг неопробованных способов адаптации, выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок, введения новых значимых других для поддержки и помощи, тренинг навыков адаптации после окончания лечения)

ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ПСИХОТИЧЕСКАЯ И ПОГРАНИЧНАЯ ЛИЧНОСТНАЯ СТРУКТУРА)

- Госпитализация
- Неудачи госпитального этапа
- Психофармакотерапия
- Выписка и амбулаторное наблюдение

ВНУРИСТАЦИОНАРНЫЕ СУИЦИДЫ

Отто Кернберг называет 3 основные причины внутривидеостационарных самоубийств [д.л. 13].

К ним относятся:

- недостаточный внутривидеостационарный контроль,
- преждевременная выписка из стационара пациентов, находящихся в психотической депрессии,



- поддержание внутриличностного расщепления действиями персонала, игнорирующего тревожные сигналы, свидетельствующие о хронической депрессии, и поддерживающего позитивные стороны пациентов, например, вовлекая последних в поддерживающие и доставляющие удовлетворение формы деятельности.

Кернберг предлагает прямую конфронтацию через прямое и постоянное обсуждение суицидальных намерений и непоследовательности пациента в отношении самого себя, предпочитая открытое общение, хотя оно несет риск нападения и выражения гнева, атмосфере поверхностного дружелюбия, за которой стоит отрицание действительных проблем. [д.л. 13]

ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Постсуицид: оценка риска выписки из стационара (в т.ч. и реанимационного отделения БСМП)

ЧЕТЫРЕ ТИПА ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Критичный. Конфликт утратил свою актуальность. Суицидальных тенденций нет. Характерно чувство стыда за суицидальную попытку, страх перед возможным смертельным исходом. Рецидив маловероятен.

Манипулятивный. Актуальность конфликта уменьшилась, но за счет влияния суицидального действия. Суицидальных тенденций постсуицида нет. Характерно легкое чувство стыда, страх смерти. Высока вероятность того, что и впредь при решении конфликтов суицидент будет прибегать к этому способу скорее демонстративно шантажного характера.

Аналитический. Конфликт при рассматриваемом типе постсуицида актуален, однако суицидальных тенденций нет. Характерно раскаяние за покушение. Подросток будет искать способы решения конфликта, если не найдет – возможен рецидив, но уже с высокой вероятностью летального исхода.

Суицидально-фиксированный. Конфликт актуален, причем характерно сохранение суицидальных тенденций. Отношение к суициду положительное. Это самый опасный тип, при котором необходимы тесное взаимодействие с суицидентом и жесткий контроль.

СРЕДНЕСРОЧНАЯ И ДОЛГОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Поддерживающая ПТ: Возможна в техниках КБТ (например, моделирование и проживание кризиса в поддерживающих условиях группы), тренинг социальных навыков, когнитивно-эмотивная психотерапия депрессий и проч.



Реструктурирующая ПТ: В техниках психоаналитически-ориентированной психотерапии, направленных на внутриличностную перестройку.

СЦЕНАРНЫЙ АНАЛИЗ «НЕ ЖИВИ»

- Изменение сценария путем получения нового разрешения от терапевта
- Изменение сценария путем перерешения

Цели: Понимание своей судьбы, возможность избежать трагической «финальной сцены», «переписав» сценарий.

МЕТОД ТРАНСФЕРЕНТНОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ИЛИ «ТЕРАПЕВТ В КАРМАНЕ»

Поощрение позитивного трансфера и идентификации терапевта с сильной и эффективной Родительской фигурой, так, что по словам Штайнера, когда алкоголик пытается убить себя, прыгнув с моста, он вдруг явственно слышит в голове голос терапевта «Не прыгай!» и отказывается от суицидального намерения.

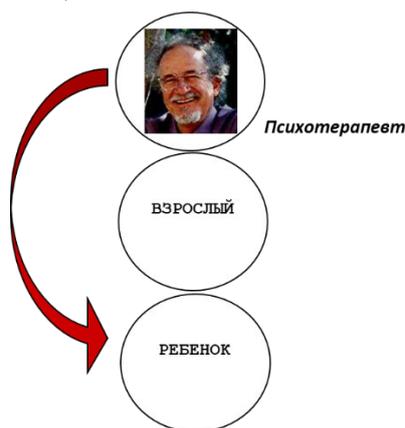


Рисунок 4.1.

Цели: Облегчение состояния клиента, продолжительная ремиссия

ЧТО ТАКОЕ «ПРОВИТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ»

Провитальная психотерапия – это психотерапия, стимулирующая (1) стратегии (факторы) выживания, (2) проекцию оптимистического будущего

Факторы выживания:

А. Соматические

- ЗОЖ
- терапия болезней

Б. Психические

- Страх атрибутов умирания и боязнь небытия, сублимация Танатоса
- Невозможность представить собственную смерть и свое мертвое тело



- Иллюзия бессмертия (инстинкт бессмертия)
- ощущение самоценности, испытываемое в результате деятельности на работе, семье, признании себя как члена группы и социума

В. Духовные:

- Система ценностей, исключающих суицид, в том числе представление о греховности суицида
- Моральный императив Канта
- Смысл существования

САМОПРОЕКЦИЯ ОПТИМИСТИЧЕСКОГО БУДУЩЕГО

Изменение «гамартического» сценария жизни в результате глубинной психотерапии и реструктуризации личности

Частные методики:

- Инсайт (*по поводу смерти*) – ориентированная ПТ
- ПТ «страха срочной смерти» - преодоление даты предполагаемой смерти в гештальт-техниках или гипнозе
- Нарративная ПТ (переписать биографию)
- «День рождения» - представление своего дня рождения в позднем возрасте
- ПТ, ориентированная на создание вторичной привязанности «безопасной базы»

ИНСАЙТ (ПО ПОВОДУ СМЕРТИ) - ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПТ

Подход подробно разработан в экзистенциальной психотерапии и техниках психосинтеза, хотя значительно раньше основные моменты были эмпирически «нащупаны» выдающимися представителями психиатрической мысли.

Дюркгейм приводит случай суицидомании булочника, которому в процессе терапии «разрешили» совершить суицид, при этом суицидальные мысли и намерения полностью исчезли. Похожий случай приводит Ледерман (цит. по: Кельнер М. С., 1967): его больная испытывала панический страх во время менструации, думая, что в это время она обязательно должна умереть. После ряда сеансов ее состояние значительно улучшилось. Соприкосновение с темой смерти само по себе имеет терапевтическое значение, так что, например, Элизабет Кюблер Росс рекомендовала его использование в рамках *death education* даже в школах. Выраженный целительный эффект при суицидах на почве алкоголизма и наркомании после ряда трансперсональных сеансов описывают С. Гроф и Дж. Галифакс (1995). Нами этот метод применялся уже в ходе психотерапевтического интервью в соответствующем психотерапевтическом приближении. Интересно, что тема смерти лежит на поверхности у

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



наркологических пациентов, хорошо ими осознается и интериоризируется в новом качестве. Мы применяли следующие конфронтации: «Когда Вы собираетесь умереть?», «В каком возрасте Вы собираетесь умереть?», «Кто Вас будет хоронить?», «Могли бы Вы представить собственные похороны?», «Что Вы хотели бы, чтобы было написано на вашем памятнике?».

В ряде случаев пациенты начинали активно фантазировать на эти темы с включением алкогольных образов и фантазий и при коррекции со стороны терапевта могли преобразовывать их в позитивном плане. Некоторые пациенты могли работать с гештальтообразами, касаясь, например, алкогольной субличности, даже организовывать похороны «внутреннего алкоголика». В рамках рефрейминга подобная методика используется в суицидологии: «Умираю не я, а та часть меня, которая уже не способна отвечать требованиям жизни» (Филатов Ф. Р., 1999). Прояснение негативных аспектов жизненного пути шло параллельно со стимуляцией всех составляющих иллюзии бессмертия: исторической (подчеркивалась ценность прошлого опыта, достижений пациента в культурном и профессиональном плане); плазмической (акцентировалось внимание на потомстве, а также дезавуировалась сама возможность будущего развода или семейной сепарации); духовной (в гештальттехнике или медитации «привлекались» духовные сущности умерших, некогда значимых других или живых людей, образы которых интериоризировались с акцентом на их витальной значимости). [о.л. 16]



ПОСТВЕНЦИЯ: ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ, ДРУЗЬЯМ СУИЦИДЕНТА, ПСИХОТЕРАПЕВТАМ

ПОЧЕМУ НУЖНА ПОСТВЕНЦИЯ?

1. Совладание с горем и профилактика суицида/«несчастливого случая» родственника
2. Преодоление «заразительности» суицида
3. Остановка передачи суицидальной модели «совладания» с кризисом в поколениях
4. Профилактика «вечной скорби»

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ, СВОЙСТВЕННЫЕ ВЫЖИВШИМ ПОСЛЕ САМОУБИЙСТВА БЛИЗКОГО

Эдвин Шнейдман предположил, что одной из причин сильной психической боли, испытываемой близкими (и гнева, который она порождает), является осознание, что умерший человек «отказался от всякой возможности получить от них помощь». И это оставляет их с чувством своей полной никчемности и бесполезности.

Еще одним удивительным открытием, которое поначалу озадачило нас, было то, что очень многие, особенно мужчины, не говорили о происшедшем самоубийстве с членами своей семьи, даже спустя много лет после него. ... Они как бы «застывали» в своей скорби. [о.л. 13]

1. Интенсивное чувство утраты — переживание горя и скорби.
2. Гнев — из-за необходимости испытывать ответственность за случившееся.
3. Чувство разлученности — из-за того, что предложенная помощь была отвергнута.
4. Чувства тревоги, вины, стыда или смущения.
5. Облегчение, что исчезла раздражающе настоятельная необходимость в заботе или контроле за близким.
6. Чувство брошенности.
7. Появление собственных саморазрушающих тенденций.
8. Гнев, порожденный господствующими предрассудками, что случившееся является пренебрежением нормами социальной и моральной ответственности.

(Норман Фарбероу)

РАССКАЗ ДЕВОЧКИ О ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ СУИЦИДА ОТЦА

«Мне было 16 лет, когда мой отец совершил самоубийство в начале лета 1993 года. Лето прошло, как в тумане. Конечно, я плакала на похоронах, но мне почему-то казалось, что другие родственники проявляют больше чувств. Поначалу я переживала такой шок, что ничем не могла



поддержать других. Я была и остаюсь по своей природе очень исполнительской, хорошо училась в школе и внимательна в работе. Позднее наступила депрессия, но только в выпускной год получилось обсудить проблему со школьным психологом.

Мне повезло в том смысле, что я сразу смогла поговорить о смерти отца с друзьями и моим парнем. Мои друзья поддерживали меня и пришли спеть на похоронах. Также помогла необходимость исполнять повседневные обязанности. Никакой другой официальной помощи мы не получили. Полицейские и священник приходили перед похоронами, многие друзья и родственники тоже. Наверняка, нам бы пригодилась помощь всей семьи. Меня посещали различные мысли о том, что я виновата. Была даже такая, что отец поступил так, думая, что я не попаду в гимназию.

Нам, наверняка, помогла бы разговорная помощь, семейная терапия или какой-либо другой, более функциональный, способ. Позже я размышляла, почему после случившегося я не стала больше двигаться? Это наверняка бы помогло в переживании случившегося. С другой стороны, я много играла на фортепиано, играю и теперь.

После случившегося мама взяла короткий больничный, в наше время люди берут гораздо более длительный отпуск. Наша семья изменилась. Мама так тяжело переживала, что наши роли перепутались, как обычно случается в подобных ситуациях. Я поняла, что если и моя жизнь пойдет под откос, то уже никто не сможет помочь. Откуда-то пришло понимание, что нужно идти в школу.

Я была вынуждена взять на себя много ответственности, мои подростковые бунты вызвали проблемы с матерью, и она ходила к специалисту на беседы. По какой-то причине бесед о самоубийстве отца со всей семьей под руководством профессионала не проводилось. Это было бы необходимо, так как внутрисемейные разговоры не всегда конструктивны.

Я уже не помню, обратилась ли я сама через школьную медсестру – я училась на третьем курсе гимназии - к психологу или как было дело. В любом случае тогда я чувствовала себя очень плохо. Психолог был позитивным человеком, и беседы с ним принесли пользу. После окончания гимназии я уехала учиться за границу и теперь сложно сказать, было ли это на тот момент хорошим решением или нет. Переезд в другую страну – это всегда кризис в той или иной степени, который вынуждает задуматься о своей жизни и самоидентификации.

Отец был предпринимателем и работогаиком. В молодости у него были проблемы с алкоголем, которые он трансформировал в мысль, что работа – это все. Он работал слишком много. Позже я думала о том, что нам следовало бы больше времени проводить вместе всей семьей. Конечно же, мы путешествовали, но мы бы могли больше разговаривать друг с другом. Отец, видимо, был очень одинок.



Сейчас я уже в таком возрасте, что могу представить себя на его месте. В среднем возрасте жизнь часто становится более скучной, будни и работа, дети-подростки могут иногда раздражать. Для отца его предприятие и успех в бизнесе были превыше всего. Сама я думаю, что душевного покоя невозможно достичь при помощи внешних факторов. Как-то по-другому его нужно искать, а разочарования и кризисы учат терпению. Важно уметь получать удовольствие от маленьких радостей жизни. Наша финансовая ситуация не была столь уж плохой, несмотря на то что фирма разорилась, мы не потеряли свой дом. После смерти же отца нам остались различные долги.

Когда-то я познакомилась с теорией самоубийств Эмиля Дюркгейма и размышляла о том, почему в Финляндии неудача становится для человека бременем. Люди разделяют успех, но бремя несут в одиночку. По-моему, людям необходимо больше поддерживать друг друга и переживать несчастья вместе.

Естественную смерть или, к примеру, смерть в результате автокатастрофы близким принять легче. Когда близкий совершает самоубийство, обращение за помощью представляется очень трудным. В этом случае переживаются всевозможные чувства вины и стыда. В Финляндии самоубийство по-прежнему под знаком табу. Хорошо, что в двухтысячные годы об этом говорят все больше.

Я знаю, что отец, видимо, переживал депрессию, но в то время людям было чрезвычайно трудно обратиться за помощью по причине депрессии. Необходимо было делать вид, что все хорошо. Позже о депрессии начали больше говорить в обществе, к примеру, интервью Теллерво Койвисто было замечательным.

Тем, кто оказался в подобной ситуации, я бы посоветовала, не стоит замыкаться в себе. Важно найти какой-либо способ преодолеть случившееся, будь то беседа, занятие музыкой или физкультурой. Хорошо, когда есть кто-то, с кем можно поделиться самыми плохими мыслями. Воспользоваться поддержкой людей, переживших подобную ситуацию, необходимо как можно скорее после случившегося. Важно, по-моему, помнить о том, что если близкий совершил самоубийство, тогда ты сам нуждаешься в другом человеке. Следует пытаться найти поддержку».

<https://mieli.fi/lang>

ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ЛЮБВИ

Джон Штайнер описывал случаи, когда в процессе проекций частей Я на объект, часть Я остается связанной с объектом и не может вернуться назад. При этом оставшееся Я теряет контракт со своей ушедшей частью и обедняется.

Мы наблюдали случай суицида отца, который не дождался сына к празднику и, обидевшись, решил наказать его, повесившись. Отец оставил записку: «Я на яблоне. Иван». Возможно отец,



решив наказать сына, переместил свое любящее Я (Эго) на яблоню, лишив, таким образом, и его и себя защиты перед суицидальным импульсом. [Steiner J. (1993) *Psychic Retreats. Pathological Organisations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients.* – London-New York: Routledge]

РОДИТЕЛЬСКАЯ ЛЮБОВЬ

3/11 я выпила молоко ночью в 7 гор б-це, оно оказалось вспучившим Юра! Второй раз онкологию мне не вынести, спустя 23 года У тебя еще впереди жизнь Держись сынок За меня не переживай Мать (*предсмертное письмо написано на бланке УЗИ почек*)

Влияние клиента на терапевта в рамках «препятствующего терапии поведения» через нарушение его границ и снижение мотивации может приводить к выгоранию терапевта и различным формам аутоагрессии. Кернберг считает, что при этом возможен **подсознательный «сговор» уставших от суицидального шантажа родственников и психотерапевта** (если тот работает в авральном режиме) с целью не мешать очередной клиентской попытке стать фатальной. Поэтому терапевт не должен соглашаться на терапию пациента, если она будет существенным образом отличаться от стандартной, потребует ежеминутной вовлеченности и героических усилий.

ГОРЕВАНИЕ

Горевание – это комплекс эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций на утрату: смерть другого человека, либо потерю значимого объекта «объекта привязанности» или изменение состояния – утрату молодости, возможностей, способностей, переезд, смену работы и т.д. [Zisook, Shear, 2009].

ПРИЗНАКИ «ОСТРОГО ГОРЯ» (LINDEMANN, 1944)

1. Физическое страдание (нарушения дыхания, жалобы на потерю силы и истощение, отсутствие аппетита и сна)
2. Поглощенность образом умершего, вина (человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествующих смерти, доказательство того, что он не сделал для умершего все, что мог)
3. Враждебность по отношению к другим людям

СТАДИИ ТРАУРА / ГОРЕВАНИЯ

Элизабет Кюблер-Росс



Рисунок 5.1.

«ОСЛОЖНЕННОЕ ГОРЕВАНИЕ» И ГИБКОСТЬ (RESILLENCE)

Когда возникает

1. Экстремальные потери (суицид, смерть ребенка и др.)
2. Личность, чувствительная к потерям
3. Аффективные расстройства (БАР, ГТР)
4. Избегающая тревожная привязанность
5. Множественная травма в анамнезе, связанная с потерями
6. Неблагоприятные социальные факторы (токсическое окружение и др.)

Гибкость – способность человека в условиях экстремальной потери поддерживать социальное функционирование, несмотря на очевидные симптомы дистресса. [Bonanno, G.A. *The Other Side of Sadness. What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss.* - New York: Basic Books, 2010]

Гибкость характеризуется:

- способностью поддерживать смысл жизни и цели
- убежденностью в своей способности влиять на окружение
- способностью к личностному росту.

Патологические / «осложненные» реакции горя

1. Быстропреходящий траур («взамен»)
2. Отсроченный траур
3. Скрытый траур
4. Преждевременный траур («симптом Святого Лазаря»)
5. Невыраженное чувство вины
6. Неотреагированный гнев
7. Траур, связанный с отрицанием



ВЫРАЖЕНИЕ ГОРЯ: РАБОТА ГОРЯ

ФРЕЙД

Фрейд различал **«нормальную печаль»** (*mourning*) как реакцию на утрату близкого человека (когда рушится весь мир) и **«меланхолию-депрессию»** (когда рушится Эго)

Фрейд описал также динамику **осложненного (длительного) горя** – как состояния паралича эмоций, препятствующего текущим взаимоотношениям (дистанцирование, страх потери контроля, раздражение и гнев, чувство пустоты, захлестывающее смущение, навязчивые мысли и убеждение, что жизнь уже не будет прежней – *«Мама, я убил человека...Богемская рапсодия»*). Проявляется как депрессия или безразличие, сопровождающиеся злоупотреблением веществами, и должно лечиться

«...через вербализацию и физическое отреагирование горя перед заинтересованным и вовлеченным слушателем поскольку неозвученная личная история потери выражается через физиологические реакции, сны, страхи и навязчивости»

ФРЕДЕРИК ПЕРЛЗ

Фредерик Перлз различал *истинное горе* и *псевдогоре*, которое проявляется чувством жалости к себе. С первыми он работал эмпатически и приглашал их в процесс горевания, вторых он конфронтировал и приглашал их мобилизовать самоподдержку и взять ответственность за настоящее. Если горе продолжалось долго и захватывало всю личность, то Перлз называл это состояние «как поддержание невыраженной обиды»

Перлз (1969) предложил технику «пустого стула», на который клиент высаживал потерянного родственника и разговаривал с ним, выражая обиду и гнев.

РИЧАРД ЭРСКИН

Ричард Эрскин считает, что пациент должен выражать весь большой набор полярных чувств: с одной стороны – обиду и гнев, а с другой – любовь, уважение, нереализованные мечты, драгоценный опыт и полные любви воспоминания. Роль терапевта-поддерживать необходимый фокус.

Эрскин выделяет 2 техники разрешения (resolution) горя: «пустой стул» и тесный контакт «лицом к лицу» с терапевтом.

Показаниями для техники «лицом к лицу» он считает:

1. Если терапевтическая сессия происходит вскоре после потери
2. Когда вокруг клиента мало поддерживающих и заботящихся людей

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



3. Когда клиент имеет мало внутренних ресурсов для визуализации потерянного объекта на пустом стуле

4. Когда горе осложнено иными проблемами («Пожалуйста, скажите то что Вы хотите сказать отцу, как если бы он был трезв достаточно, чтобы выслушать Вас» или «Представьте, что Ваша мама могла бы снова назвать Вас глупой, отрицая реальную ситуацию, что случилась с Вами, ответьте ей! Я слушаю») [ТАЖ 2014, 44 (4), 279-90]

МЭРИ И РОБЕРТ ГУЛДИНГИ

Горе (grief)- неспособность сказать «до свидания» [д.л. 8]

Формула процесса «до свидания»:

1. Факты
2. Незавершенные дела
3. Церемония процедуры «до свидания»
4. Горевание (mourning)
5. Здравствуй «Сегодня»

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТРАУРА. ПОВТОРНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ГОРЯ. СВЯЗУЮЩИЕ ОБЪЕКТЫ

1. Контракт с «вечно скорбящими»
2. Разотождествление с объектом потери
3. Выслушивание рассказа об утрате и эмпатическое отражение
4. Работа со «связующим объектом»

(СО – определенный объект или предмет, который скорбящий использует для создания «места пересечения» психического представления утраченного человека или объекта и соответствующего самопредставления. Посредством создания СО ... индивид приспособливается к осложнениям процесса скорби. Контролируя СО ..., скорбящий контролирует желание вернуть (любовь) или убить (ненависть) утраченного человека или предмет и таким образом избегает психологических последствий этих желаний. Скорбящий становится «вечно скорбящим»)

МАРКО МАЦЕТТИ

Отрывок Марко Мацетти о реакции на суицид терапевтов

«В один из жарких августовских дней 1941 года в Коннектикуте, когда мне было шесть лет, а моей матери — тридцать три, она, выйдя от консультировавшего ее психиатра, зашла в сад и перерезала себе горло. Мой отец, преуспевающий адвокат — хотя и несчастливый человек — получил известие о ее смерти, находясь в своем офисе в Нью-Йорке. Также в доме психиатра в Программе «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



тот день была и моя бабушка. Она водила маму к нему в то лето; эти визиты были кульминационным моментом долгих лет страданий маниакально-депрессивным психозом...» [о.л. 13]

Обследование, проведенное в 2003 году среди 238 стажеров-психологов, специализирующихся в области психологии, в области *суицида и угрожающего жизни поведения* (том 33, № 2), показало, что 5% пережили самоубийство клиента, хотя 99% сказали, что лечили хотя бы одного клиента-самоубийцу во время обучения. Со временем это число увеличивается, так что каждый четвертый психолог теряет клиента из-за самоубийства в какой-то момент его или ее карьеры. Исследования показывают, что примерно половина психиатров, которые склонны видеть пациентов с более серьезными проблемами, испытывают такую потерю.

Американская ассоциация суицидологов: www.suicidology.org. Зайдите в Целевую группу по выживанию клиницистов организации по адресу <http://mypage.iusb.edu/~jmcintos/basicinfo.htm>.

Она включает в себя рассылку и личные счета студентов и других лиц, потерявших клиентов в результате самоубийства.

COPING WITH A CLIENT'S SUICIDE

<https://www.apa.org/gradpsych/>

Поговорите с кем-то, кто может помочь. Эксперты согласны с тем, что найти хороших руководителей, наставников и других лиц, которые могут помочь вам, - это, безусловно, самое важное, что вы можете сделать после самоубийства клиента.

Избегайте экстремальных реакций. По словам Элса, после того, как клиент покончил с собой, может возникнуть соблазн либо изолировать себя, либо чрезмерно компенсировать, пытаясь быть «супертерапевтом» с другими клиентами. Держитесь подальше от любого пути, советует он. Вместо этого обсудите свои чувства с доверенным руководителем, который может помочь вам решить проблемы, связанные с профессиональной неадекватностью, а также изучить чувство вины и догадки о прошлых клинических решениях. Ключевая часть процесса: признать, что вы не можете контролировать все, говорит он.

Найдите время, чтобы скорбеть. У скорби есть своя собственная траектория, поэтому позвольте себе справиться с этими чувствами, советует доктор философии Ванесса МакГанн, сопредседатель Целевой группы выживших клиницистов AAS.

«Иногда люди ожидают, что через неделю или две после смерти клиента они с этим справятся», - говорит она. «Но вы можете работать с клиентами без каких-либо проблем в течение шести месяцев, и внезапно последствия самоубийства проявятся».

Опять же, лечение может помочь вам обработать эти чувства, говорит она.



Знать исследование. Данные могут помочь понять ситуацию, будь то тот факт, что многие клиницисты испытывают самоубийство клиента, что самоубийство часто является импульсивным актом, или что ваш клиент попадает в категорию высокого риска, такую как наличие попыток самоубийства в прошлом, психическое расстройство или история травмы или злоупотребления.

Учитесь на опыте. *68% психиатров-консультантов признают потерю пациента из-за самоубийства*

ШАГИ, КОТОРЫЕ НУЖНО ПРЕДПРИНЯТЬ ПОСЛЕ СОВЕРШЕНИЯ ПАЦИЕНТОМ САМОУБИЙСТВА

Key steps to take when a patient commits suicide *Current Psychiatry*. 2014 February; 13(2):79-78 By [Shailesh Jain, MD, MPH, ABDA](#) [Rakesh Jain, MD, MPH](#)

ШАГИ, КОТОРЫЕ НУЖНО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЛЯ СЕБЯ

1. В стационарном психиатрическом учреждении существуют **стандартные операции** после самоубийства; информируйте только непосредственного руководителя, если вы узнаете о самоубийстве. В групповой практике проинформируйте владельца практики и получите совет о том, как действовать. Вы не должны обращаться в офис коронера, полицию, СЕМЬЮ умершего или адвокату, пока не посоветовались с непосредственным руководителем.

2. **Будьте готовы работать с офисом коронера или судмедэксперта.** Напишите подробную записку с кратким изложением истории болезни пациента до самоубийства; опишите работу клинической бригады с пациентом, план лечения и оценку риска самоубийства.

3. Свяжитесь с доверенным коллегой или наставником. Оказание официальной и неофициальной поддержки коллегам помогло справиться с ситуацией самоубийства пациентов. Групповая поддержка помогает уменьшить чувство боли и одиночества и помогает обрести чувство воодушевления и готовности лечить других пациентов-самоубийц.

4. Если возможно, **присутствуйте на похоронах пациента.** Этот жест часто приветствуется семьей и облегчает процесс скорби. Посещение похорон *не* является признанием ответственности за самоубийство.

5. Участвуйте в процессе аудита (то есть, что пошло не так? Могло ли что-то быть сделано по-другому?).

ШАГИ, ЧТОБЫ СВЯЗАТЬСЯ С СЕМЬЕЙ ПАЦИЕНТА

1. Как только стандартная официальная процедура позволяет, и, предпочтительно, в течение 24 часов после самоубийства, **свяжитесь с семьей пациента**, чтобы выразить свое горе; дать семье возможность задать вопросы. Раннее общение и поддержка уменьшает гнев, смещенный на

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



психиатра. Первоначальный контакт может быть использован для оказания поддержки, а также как возможность поделиться и общаться.

2. Говоря с семьей, обсудите усилия по лечению и **подчеркните, что были предприняты все реальные усилия**, чтобы помочь пациенту. Пусть члены семьи выражают свой гнев и враждебность; процесс скорби труден, сложен и болезнен, когда близкий человек покончил жизнь самоубийством.

3. **Поддержите решения семьи о траурных ритуалах**, соответствующих их культуре и потребностям; вовлечение духовенства на ранней стадии может быть полезным. Обсуждение отчета о вскрытии с семьей может быть еще одним способом показать поддержку.

4. Продолжайте **предлагать поддержку в трудные времена**, такие как юбилеи и дни рождения.

ШАГИ, ЧТОБЫ КОНТАКТИРОВАТЬ С ПЕРСОНАЛОМ

1. **Сообщите сотрудникам о смерти.**
2. **Избегайте обвинений**; поощряйте **групповую** поддержку и выражайте эмоции.
3. **Будьте доступны сотрудникам, чтобы** они могли поделиться с вами чувствами обиды и разочарования.
4. **Поддерживайте график, восстанавливая** чувство стабильности и нормальности.
5. **Рекомендуется** так называемое **психологическое вскрытие**, в котором вы можете подчеркнуть опыт обучения и сосредоточиться на улучшениях, которые могут помочь сформулировать политические реформы для обеспечения лучшего ухода.

ПРИМЕР

СУИЦИД СУИЦИДОЛОГА, НАЗНАЧЕННОГО ГЛАВОЙ СЛУЖБЫ ПРЕВЕНЦИИ СТУДЕНЧЕСКИХ СУИЦИДОВ.

В начале сентября покончил с собой (спрыгнул с 17 этажа) Грегори Иллс, глава службы психологической помощи Пенсильванского университета, одного из самых престижных вузов США, женатый, отец 3 детей. Сама должность Иллса была учреждена несколько лет назад — в том числе из-за студенческих самоубийств. Иллс жил один, так как только приступил к работе в Университете, а жена и дети еще оставались в Нью-Йорке. Незадолго до смерти он жаловался на более напряженную работу, чем до того в Корнелле. Мать упоминала эпизоды депрессии, вместе с тем считая сына самым веселым и жизнерадостным человеком.



Смерть психолога называют в университете символической. С другой стороны, она привела к тому, что студенты начали больше следить за психическим здоровьем — как своих однокурсников, так и своим собственным.

РЕАКЦИЯ НА СУИЦИД ПСИХОЛОГА КОЛЛЕГ

В соответствии с данными Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas и Wynecoop (2000) участники часто заявляли, что они были «ошеломлены» или «шокированы» в новостях о самоубийстве коллеги. Никто не сказал, что они предвидели самоубийство как возможность. Причины этого неизвестны, но некоторые исследования показали, что психологи часто скрывают важную клиническую информацию от своего терапевта (например, Pope & Tabachnick, 1994) и, возможно, также скрывают такую информацию от коллег. Например, в опросе APA, на который ссылались ранее, 14% психологов, которые сообщали о суицидальных идеях, также указали, что они никому об этом не рассказывали, включая их терапевта.

Большинство наших опрошенных сообщили, что самоубийство их коллеги оказало на них сильное личное влияние. Для некоторых, как сообщалось, воздействие продолжалось в течение 1-2 лет, поскольку они изо всех сил пытались осознать потерю и справиться с ней. Большинство заявило, что это влияние затронуло и более широкий круг коллег. Один из опрошенных был аспирантом психолога, который покончил с собой. Она сообщила, что смерть ее наставника заставила ее и ряд других аспирантов поставить под сомнение выбор своей профессии.

РЕАКЦИЯ НА СУИЦИД ПСИХОЛОГА ПАЦИЕНТОВ

Мой разум был переполнен противоречивыми эмоциями, смешанными воедино: грусть, шок, паника и ужас...Я также чувствовал злость и предательство. Я чувствовал себя так близко к нему, так доверял ему, и думал, что это все подрывает. Я его больше не знал, и думал, что он раздавал советы, когда не мог справиться со своими проблемами. Я задавался вопросом, *если мой терапевт не может сохранить жизнь, какой у меня был шанс?*

https://www.vice.com/en_us/article/3k35q5/i-lost-my-own-therapist-to-suicide

Общим выводом среди этих опубликованных отчетов о случаях и отчетов наших коллег было то, что пациенты часто испытывали затруднения или отказывались возобновить терапию сразу же после самоубийства своего терапевта. Последствия такой тенденции не совсем ясны, но, возможно, есть подсказки в частых опасениях по поводу вины за самоубийство терапевта и вопросов о надежности терапевтов и ценности терапии.



РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ ПСИХОЛОГА, СОВЕРШИВШЕГО САМОУБИЙСТВО

Когда практикующий психолог совершает самоубийство, необходимо связаться с его пациентами. Часто неясно, кто несет за это ответственность и какую информацию следует предоставлять. Более того, коллеги, которые имеют дело со своим собственным горем, могут столкнуться с эмоциональными трудностями при совершении таких звонков. В наших интервью с выжившими коллегами мы сталкивались с несколькими случаями, когда возникало недоразумение относительно того, кто может получить доступ к записям пациента покойного психолога, чтобы найти контактную информацию. Также были случаи, когда семья покойного психолога возражала против того, чтобы его или ее пациенты были проинформированы о том, что смерть была самоубийством (хотя пациенты впоследствии узнали об этом факте из средств массовой информации или других источников). В одном случае трудности, связанные с уходом за пациентами и обработкой конфиденциальных записей о пациентах после самоубийства психолога, были отмечены как факторы, побуждающие государственный лицензионный совет требовать, чтобы все психологи подготовили профессиональную волю.

Профессиональная воля - это документ, который дает указания и полномочия назначенному профессиональному коллеге (или исполнителю) действовать от имени психолога в управлении его или ее практикой в случае неожиданной смерти или потери трудоспособности (Pope & Vasquez, 2005). Такая предварительная директива может быть полезна после (или на этапе после наступления) смерти клинициста по любой причине. Помимо указания имени исполнителя, профессиональная воля может, помимо прочего, указать пожелания психолога о передаче и ведении конфиденциальных записей о пациентах, о хранении или уничтожении компьютерных файлов, а также о том, как следует уведомлять пациентов и другие соответствующие стороны. [Kleespies PM, Van Orden KA, Bongar B, et al. Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Prof Psychol Res Pr.* 2011;42(3):244-251. doi:10.1037/a0022805]

СУИЦИД ПЕТРУШКИ КЛАРКСОН

ПОЖАЛУЙСТА, не надо воскрешать, Пожалуйста,

Мое завещание находится в моем кошельке с моим паспортом. У меня нет ближайших родственников.

Мне нравится быть в этом городе каналов и либеральных законов. Дождь идет, и я счастлива. Я считаю, что это основное право человека решать, когда вы хотите умереть - аборт в конце концов забирают жизнь другого человека. Но скоро пожилых будут считать и чрезмерной нагрузкой на планету. Со временем, возможно, мне бы понравились такие люди, как я. Или, по крайней мере, они бы поддерживали, даже одобряли, оценивали.

Свобода должна включать право выбора: хотите ли вы быть чьим-то рабом или нет.

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



Я поняла, что мои исследования последних лет сохраняют свою преемственность и целостность - от апартеида, освобождения женщин, прав гомосексуалистов и с Винсентом, до изменения английского закона, чтобы предотвратить больше злоупотреблений со стороны клиентов и студентов и т. д. как правило, облегчение страданий людей и развитие человеческого потенциала *.

Я могла бы сделать лучше, но я, конечно, могла бы сделать хуже.

* Тем не менее, ключи все уже есть. Скрытые в моих предыдущих опубликованных и неопубликованных произведениях. Я сожалею, что у меня не было времени и защиты, чтобы прочесть это.

Я благодарна и чувствую благословение от подарков моей жизни. Я была любима и любила, как некоторые из тех женщин, что я встречала. Несколько долгих раз. Многие короткие вечности тоже. Я всегда любила свое чрево (матку).

Судьба - я сделала некоторые, но не был заинтересован достаточно, чтобы не просто отдать его (например, компания с оборотом в миллион фунтов стерлингов за 1 копейку!). И это всего лишь один пример из многих других ...

Слава - ему это не понравилось. Не подходит для этого. Исследовал его. Поражала меня больше, чем помогала. Даже в таком незначительном масштабе. Прочтите.

Я занимался изумительными местами, изумил и общался с красотой. Я был счастливее, чем когда-либо представлял себе, что люди могут быть в эти последние годы.

У меня была достаточность. Мой живот жизни наполнен, и компьютер хочет вернуться домой.

Да, страх (выживания),

горе,

гнев, но в основном

мир = полнота,

в основном радость,

благодарность и любовь

в основном

«ВЛИЯНИЕ» КЛИЕНТА НА ТЕРАПЕВТА. СЛУЧАЙ ПРОФЕССОРА КЕЛЛИ

Дуглас Келли (умер 1958) – психиатр Нюрнбергского трибунала покончил жизнь самоубийством в новогоднее утро на глазах у отца, жены и 3 детей, проглотив цианид, «как Геринг»

Келли, тестирующий нацистов, сохранил эмоциональную связь с Герингом, о котором он понимающе отзывался и состоял с ним в переписке



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств: изучение и проведение предупредительных мер. – М. : Академия МВД СССР, 1980
2. Амбрумова А.Г., Полеев А.М. Телефонная психотерапевтическая помощь – телефон доверия – в системе социально-психологической службы [метод. рекоменд.]. – М. : НИИ психиатрии МЗ РФ, 1988.
3. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения [метод. рекоменд.]. – М. : НИИ психиатрии МЗ РФ, 1991
4. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика в суицидологической практике [метод. указания]. – М. : НИИ психиатрии МЗ РФ, 1983.
5. Булыгина В.Г., Кудрявцев И.А. Психологические основы профилактики опасных действий психически больных. - М.:Спринтер, 2016
6. Бурно А.М. Терапия пустого усилия. Когнитивно-ориентированный подход к быстрому облегчению душевной боли: учебное пособие для врачей и психологов - М.:Российский университет дружбы народов, 2015
7. Вассерман, Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005
8. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. - М.:Миклош, 2007
9. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд / пер. с фр. с сокр. – М. : Мысль, 1994.
10. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). - М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П.Сербского», 2010
11. Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии : метод. рекоменд. – М. : НИИ психиатрии МЗ РФ, 1987
12. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия.-М.:Когито-Центр, 2005
13. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. – М.: Смысл, 2000.
14. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение).- Смоленск: СГМА, 2012
15. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М. : Смысл, 2001.
16. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. – СПб: СпецЛит, 2016
17. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости. СПб: СпецЛит, 2016

Программа «Практические подходы к пониманию и терапии суицидоопасных клиентов».



18. 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.
19. Шустов Д.И., Меринов А.В., Шустов А.Д., Клименко Т.В. Алгоритм провитального 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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Анализ предсмертных записок суицидентов // Научн. и организац. пробл. суицидологии. – М., 1983. – С. 53-74.
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клин. психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 14-20.
3. Бейтман Э.У., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие: Пер. с англ. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014 – 248 с.
4. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб: Питер, 2002
5. Бек, Дж.С. Когнитивная терапия: полное руководство / Дж. С. Бек. – М.: ООО "И.Д. Вильямс", 2006. – 400 с.
6. Берн Э. Что вы говорите после того, как сказали «Привет», или Психология человеческой судьбы. – М.: РИПОЛЛ КЛАССИК, 2004. – 415 с.
7. Бриш, К.Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике / К.Х. Бриш. – М.: Когито-Центр, 2012. – 316 с.
8. Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения / Теория и практика. – М. : Независимая фирма «Класс», 1997.
9. Вайт Т. Работа с суицидальными личностями. Руководство к пониманию, оценке и поддержке. – Київ: Интерсервіс, 2017 – 366 с.
10. Войцех В.Ф., Скибина Г.А., Паршин А.Н. Прогноз и превенция повторных самоубийств среди лиц с пограничными расстройствами и психически здоровых: пособие для врачей. – М. : НИИ психиатрии МЗ РФ, 1998.
11. Волкан, В. Жизнь после утраты: Психология горевания / В. Волкан, Э. Зинтл. – М.: Когито-Центр, 2007.
12. Голенков А.В. Супружеские убийства (судебно-психиатрические аспекты) // Психическое здоровье. – 2017. – №1. – С. 45-49.
13. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. – М. : Класс, 2001.



14. Конончук Н.В. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями [метод. рекоменд.]. – Л. : Ленингр. психоневрол. институт им. В. М. Бехтерева, 1983.
15. Конончук Н. В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10, № 5. – С. 95-102.
16. Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов // Суицидология.- 2013.-№2.-С.3-7
17. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2015
18. Ламонт К. Иллюзия бессмертия / пер. с англ. – 2-е изд. – М. : Политиздат, 1984.
19. Леенарс А.А., Лестер Д., Лопатин А.А., Шустов Д.И., Венкштерн С. Анализ предсмертных записок из России и Соединенных Штатов // Социальная и клиническая психиатрия.- 2002, Т.12, №3.- с. 22-28
20. Менингер К. Война с самим собой.- М.:ЭКСМО-Пресс, 2000
21. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. – СПб.:Экспертные решения, 2017. – 192 с.
22. Меринов, А.В. Скрытая суицидальность у больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Вопросы наркологии. – 2010. - № 5. – С. 90-94.
23. Меринов А.В., Шустов Д.И, Васяткина Н.Н. Эпискрипт как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология.- 2012.-№1.-С.28-38
24. Миускович Б. Одиночество: междисциплинарный подход // Лабиринты одиночества: пер. с англ. – М. : Прогресс, 1989. – С. 52-87.
25. Патнем, Ф.В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Ф. В. Патнем. – Москва : Когито-Центр, 2004
26. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения.- М.: ЛЕНАНД, 2017
27. Роджерс, К. Искусство консультирования и терапии / К. Роджерс. – М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2002
28. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса.-СПб:Питер, 2001
29. Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 21-24.
30. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М. : Прогресс, 1990.
31. Фрейд З. Мы и смерть.- В кн. Танатология (учение о смерти).- СПб: ВЕИП, 1994.- С. 13-25
32. Хиллман, Дж. Самоубийство и душа / Дж. Хиллман.- М.: Когито-Центр, 2004.



33. Ховкинс, П. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы / П. Ховкинс, Р. Шохет. – СПб: Речь, 2002
34. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горошкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология.-2009.-№3.-С.101-110
35. Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна. Пер. с англ.- СПб.: Питер, 2003
36. Шутценбергер А. А. Синдром предков. – М. : Изд-во института психотерапии, 2001.
37. Шустов Д.И. Родительская программа «Не живи» у больных алкоголизмом // Алкогольная болезнь.- 2000.-№11.- С. 1-4
38. Шустов Д.И. Состояния Я за шаг до суицида (анализ предсмертных записок)// Социальная и клиническая психиатрия.- 2000.-№3.-С.30-34
39. Шустов Д.И. Руководство по клиническому транзактному анализу.- М.:Когито-Центр, 2009
40. Firestoun R.W. Voice Therapy: A Psychotherapeutic Aproach to Self-destructive Behaviour.- Santa Barbara, CA: Glendon Association, 1988
41. Joiner, T. E. (2005). Why People Die By Suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press
42. Schustov D., Lester D. Counseling the suicidal client by letter // Crisis-1999.-Vol.20, №3.-P.127-131
43. Schustov D., Lester D. Counseling the client in crisis by letter // In CRISIS INTERVENTION AND COUNSELING BY TELEPHONE/ ED. BY David Lester. Second Ed: Charles C. Thomas Publ., Ltd.- SPRINGFIELD, ILLINOIS, USA (2002).- Chapter 21, P.220-227
44. Shustov, D. I., Merinov, A. V., & Tuchina, O. D. (2015). Episcrpt transmission in families of alcohol-dependent men: Models and clinical observations. Transactional Analysis Journal, 46, 13–25. doi:[10.1177/0362153715615120](https://doi.org/10.1177/0362153715615120)
45. Shustov, D. I., Tuchina, O. D., Novikov, S. A., & Fedotov, I. A. (2016). Combinations of injunctions and personality types determining forms of self-destructive behaviour in alcohol-dependent clients: Findings of a Russian observational study. International Journal of Transactional Analysis Research, 7(2), 10–20.
46. Shustov, D., Tuchina, O., Agibalova, T., & Zuykova, N. (2018). States of Self as Agents of Self-Killing: An Egogram-based Suicide Note Analysis Study in Russia. International Journal of Transactional Analysis Research & Practice, 9(1), 5-22. <https://doi.org/10.29044/v9i1p5>
47. Shustov Д., Tuchina О. Theodora” Way Station: How The Psychological Concept of Life Script Mirrors Neurocognitive Memory of the Future (2019)// Transactional Analysis Journal [https://doi.org/ 10.1080/03621537.2019 . 1650230](https://doi.org/10.1080/03621537.2019.1650230) ”



-
48. Shustov D.I., Tuchina O.D., Lester D. The Social Relationship of Suicidal Individuals: A Neglected Issue // Lester D. The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide?- New York: Nova Science Publishers, 2019 (172 p).- Ch.14.- P. 127-133