



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

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ТЕЛЕФОННАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ

- ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ -
В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ

Методические рекомендации

Москва-1988

ТЕЛЕФОННАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ— ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ — В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.

Методические рекомендации

«Основные направления развития охраны здоровья населения», принятые ЦК КПСС и Советом Министров СССР 28 ноября 1987 года, предполагают создание в крупных городах нашей страны комплексных социально-психологических служб, включающих в себя «Телефон Доверия». Настоящие методические рекомендации основаны на результатах изучения многолетней деятельности московского Телефона Доверия, являющегося функциональным звеном созданной Всесоюзным суицидологическим Центром московской службы социально-психологической помощи.

ВВЕДЕНИЕ

Неуклонное увеличение частоты самоубийств и покушений на самоубийство, наблюдающееся в крупных городах большинства стран мира, отрицательно сказывается на здоровье общества, экономике и общественном порядке. В нашей стране также имеет место рост числа суицидальных попыток, для предупреждения которых необходимо осуществлять комплексные превентивные мероприятия.

Согласно результатам исследований, проводимых в течение 15 лет Всесоюзным научно-методическим суицидологическим Центром под руководством Заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора А. Г. Амбрумовой, покушения на самоубийство совершаются лицами практически здоровыми, с пограничными психическими расстройствами, а также страдающими психическими заболеваниями. В соответствии с этим, действующая в г. Москве служба социально-психологической помощи (превентивная суицидологическая служба) имеет в своем составе функциональные подразделения, предназначенные для оказания помощи каждой категории суицидальных пациентов. Для практически здоровых и лиц с пограничными расстройствами предназначены телефонная служба медико-психологической помощи — Телефон Доверия, кабинеты социально-психологической помощи (расположенные в общесоматических поликлиниках), кризисное отделение (расположен-

ное в скоропомощной больнице). Для страдающих психическими заболеваниями в составе службы имеются суицидологические кабинеты в ПНД и специализированные отделения в психиатрической больнице.

Особое значение имеет профилактика суициdalного поведения у практических здоровых и лиц с пограничными расстройствами, так как эта группа, во-первых, является наиболее многочисленной в общей популяции лиц с аутоагрессивными намерениями (свыше 70%), во-вторых, состоит преимущественно из лиц молодого возраста (20—29 лет).

Среди профилактических мер, направленных на предупреждение самоубийств у лиц практических здоровых и с пограничными психическими расстройствами, важнейшее место занимают психотерапевтические воздействия. Во многих случаях психотерапия представляет собою единственно необходимый вид помощи пациентам, переживающим кризисные и суицидоопасные состояния. Психотерапевтическая коррекция кризисных и суициdalных состояний осуществляется во всех функциональных подразделениях службы социально-психологической помощи, и прежде всего — в Отделении экстренной медико-психологической телефонной помощи — Телефоне Доверия.

Данное подразделение осуществляет круглосуточное кулирование различных кризисных состояний, межличностных и микросоциальных конфликтов на ранних их этапах, психологически поддерживает одиноких лиц. Деятельность Телефона Доверия имеет выраженный профилактический характер. По нашему мнению, телефонная терапия является наиболее демократичным видом помощи населению.

Психотерапевтическая помощь по телефону обладает рядом преимуществ по сравнению с традиционной «личной» терапией, преимуществ, крайне значимых для определенных категорий пациентов, в особенности для лиц с семейными, интимно-личными проблемами и для пациентов с суициdalными намерениями.

Привлекательность телефонной помощи: Удельный вес лиц с антивитальными и суициdalными переживаниями в Телефоне Доверия составляет 9%, что несколько выше, чем в амбулаторных звеньях: 7—8%. Аналогичная закономерность имеет место и в зарубежных превентивных службах. Важнейшим фактором, привлекающим суициdalных пациентов в Телефон Доверия, является некоторая элиминированность, «неявность» психотерапевтического характера телефонной помощи. Как показывают результаты исследований Всесоюзного Центра, для большинства лиц с суицидоопасными состояниями посещение кабинета врача субъективно связано с признанием себя «пациентом», что влечет за собою снижение чувства безопасности и самооценки. При обращении же в телефонную службу психотерапевтический, медицинский характер получаемой помощи представляется скрытым, неявным, что

очень привлекает лиц с аутоагрессивными переживаниями, позволяет им сохранить прежнюю самооценку.

Уместно напомнить высказывание С. Кратохвила: «Психотерапевтическая помощь тем более эффективна, чем меньше она по внешним проявлениям напоминает традиционную психотерапевтическую помощь». Именно данный фактор обусловил, по нашему мнению, широчайшее распространение телефонных служб во всех развитых странах, а также ведущую роль этих служб в предупреждении покушений на самоубийство.

Преимущества психотерапии по телефону в значительной степени обусловлены особенностями телефонной связи как средства общения.

I. ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕФОННОЙ КОММУНИКАЦИИ И ТЕЛЕФОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Пространственные особенности: телефонная связь предоставляет возможность общения людям, находящимся на значительном расстоянии друг от друга. Психотерапевт может оказывать воздействие на обратившегося, удаленного от него на расстояние десятков километров. Сфера профессиональной деятельности терапевта расширилась далеко за рамки его кабинета; вместе с тем, терапевт становится морально и профессионально ответственным за пациента, находящегося далеко от него, что повышает психологическую нагрузку сотрудника Телефона Доверия.

Временные особенности: обратившийся может практически мгновенно соединиться с абонентом, в том числе и с телефонным психотерапевтом. Возможность незамедлительного, мгновенного соединения с терапевтом особенно важна для лиц с низкой толерантностью к отрицательным эмоциям, к аффективному напряжению. Обратившемуся предоставляется также возможность вступления в контакт в любое удобное для него время.

• Пространственные и временные свойства телефона как средства коммуникации делают помощь по телефону наиболее доступным для населения видом психотерапии.

Максимальная анонимность: При «личном» обращении к врачу, даже без предъявления документов, анонимность обратившегося все же является неполной: врач видит пациента, может в дальнейшем узнать его. Контакт по телефону обеспечивает максимальную анонимность пациента, что для многих обратившихся представляется крайне существенным.

Возможность прервать контакт: Телефонный контакт предоставляет обратившемуся возможность в любой момент легко прервать беседу — для этого достаточно положить трубку на рычаг. Выйти из контакта при «личной» терапии, конечно же, гораздо труднее. Возможность управлять контактом крайне привлекательна для некоторых категорий обратившихся, в особенности тех, кто чувствителен к психологической безопасности.

Указанные особенности делают обращение за телефонной помощью для многих пациентов субъективно более привлекательным, чем личное обращение; многочисленные исследования показывают, что телефонные Центры вовлекают в психотерапевтический процесс многих лиц, которые не решились бы обратиться к терапевту в иной форме, оставшись, таким образом, без психологической помощи.

«Эффект ограниченной коммуникации»: Общение по телефону осуществляется по единственному, акустическому каналу обмена информацией. Этот факт приводит, с одной стороны, к некоторому уменьшению потока информации, которым обычно обмениваются два взаимодействующих индивида. С другой стороны, телефонная коммуникация, именно в силу ее исключительно акустического и почти полностью верbalного характера (речь по телефону не содержит междометий и других невербальных средств, имеющихся в обычной речи) обуславливает определенную переорганизацию речевой деятельности абонентов. Прежде всего, усиливается вербализация переживаемой ситуации, вербализация эмоционального состояния, планов, намерений.

Такое улучшение вербализации способствует аффективному отреагированию, уменьшает чувство тревоги. Оно также способствует интеллектуальному овладению пациентом своей ситуацией, ее концептуализации, облегчает формирование ее реалистического принятия и перехода к конструктивной личностной позиции. **«Эффект ограниченной коммуникации»** повышает последовательность, внутреннюю организованность, систематичность психотерапевтической беседы в целом, делает ее более структурированной и логичной.

«Эффект ограниченной коммуникации» обладает еще одним важным следствием: в отсутствие зрительного восприятия обратившиеся, как правило, в определенной степени идеализируют телефонного психотерапевта, представляют его более компетентным, чутким, эмпатичным и зрелым, чем при «личном» контакте. Подобное восприятие терапевта повышает эффективность психотерапевтического взаимодействия.

«Эффект доверительности»: хотя телефон и позволяет общаться на значительном расстоянии, абонент и терапевт в определенном смысле находятся рядом друг с другом, их голоса звучат в непосредственной близости друг от друга. Это свойство телефонной связи способствует быстрому формированию доверительности в беседе, облегчает включение в терапевтическое обсуждение глубоко личных, интимных, а также сексуальных проблем.

Согласно современным представлениям, высокая эффективность телефонных служб в предупреждении покушений на самоубийство, обусловившая широкое распространение телефонных психотерапевтических Центров, является результатом того, что в общении по телефону сочетаются два, в известной степени, противоположных свойства. Личный, диадический характер коммуникации, присущий традиционным средствам связи — доверительной

беседе, письму, записке, сочетается в телефоне с незамедлительностью, безотлагательностью современных электронных средств коммуникации — телеграфа, радио, телевидения.

Сотрудники Телефона Доверия — врачи-психотерапевты и психологи — осуществляют различные виды психотерапевтической помощи, важнейшими из которых в телефонной службе представляются неотложная помощь лицам с суициальными намерениями, долгосрочная поддерживающая психотерапия, психологическая помощь при состояниях одиночества, семейная психотерапия.

II. НЕОТЛОЖНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ОСТРЫМИ СУИЦИДАЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ

Предупреждение самоубийств является основной задачей Телефона Доверия; лица с острыми суицидоопасными реакциями составляют 13—18% всех первично обратившихся в телефонную службу.

1. Острые суицидоопасные реакции у практически здоровых и лиц с пограничными расстройствами

Подавляющее большинство обратившихся с острыми суицидальными реакциями являются практически здоровыми людьми, включая лиц с акцентуациями характера. Острые ситуационные реакции возникают в результате межличностных конфликтов, как правило, внезапных, неожиданных для личности. Преобладающими типами конфликта бывают: распад семьи, супружеская измена, несправедливое, оскорбительное отношение одного из супругов или любовного партнера. Выраженность суицидальных тенденций определяется, прежде всего, субъективной значимостью эмоционального принятия пациента объектом привязанности, степенью завышенности уровня притязаний по отношению к нему, потребностью в максимальном внимании со стороны партнера.

В четвертой части случаев психотравмирующим событием оказывалась внезапная необратимая потеря «значимого другого» — смерть ребенка, супруга, родителей.

Наиболее общими проявлениями суицидоопасных реакций в аффективной сфере являются: интенсивные отрицательные эмоции — тревога, беспокойство, тоска, обида, чувство собственной несостоятельности, беспомощности, одиночества.

В когнитивной сфере: в результате психотравмирующего события у пациентов возникает неадаптивная концепция утраты. Данная концепция конституирует пессимистическую оценку актуальной ситуации и будущего, вызывает затруднения в конструктивном планировании деятельности.

У большинства лиц с суицидальными переживаниями тревожный аффект сочетается с искаженным восприятием времени: пациенты преувеличивают экстренность ситуации, считают, что для ее разрешения они располагают меньшим временем, чем а самом деле. Во многих случаях пациенты приходили к мысли о невозможности разрешить кризис из-за отсутствия времени.

При острых суицидальных состояниях реальная психотравмирующая ситуация быстро «дорастала» до размеров всеобъемлющего кризиса, она застилала весь горизонт мироощущения пациентов и представлялась им нескончаемой во времени.

Тревога вызывала также значительные изменения познавательных процессов, из которых наиболее суицидогенными считаются «познавательная схематизация» кризисной ситуации и «сужение» когнитивной сферы.

Нарушения личностной идентификации (искажение образа «Я»): они включают в себя сниженную оценку собственных личностных возможностей, в результате чего уменьшается способность пациентов к принятию решений, усиливаются переживания собственной неполноценности. Одновременно нарушается уверенность пациента в том, что он сможет перенести интенсивные отрицательные эмоции. Готовность же к переживанию аффективного напряжения — необходимое условие преодоления критической ситуации.

Нарушения поведения: поведение лиц с суицидальными намерениями часто бывает импульсивным и непродуктивным, поступки часто носят поисковый характер.

Большинство суицидальных пациентов предъявляют жалобы соматовегетативного характера: они жалуются на слабость, ощущение «разбитости», «физического истощения», прерывистый сон, приступы сердцебиения. Высказывают опасения по поводу своего здоровья.

Таким образом, острые суицидальные реакции представляют собою структурированный личностный ответ на определенную ситуационную нагрузку, проявляющийся определенным эмоциональным состоянием и соответствующим поведением.

Периоды острых суицидальных реакций:

1. период психотравмы (с фиксацией на ситуацию) — длится от нескольких часов до двух-трех суток.

2. период дезорганизации — длится от одних-двух суток до двух недель.

3. период адаптации к утрате («принятия ситуации») — длится от одной до трех недель.

Переход от одного периода развития суицидальной реакции к другому происходит постепенно, нерезко. Вместе с тем, каждый период характеризуется преимущественно ему присущими эмоциональными, идеаторными, поведенческими и другими расстройствами. Период восстановления после перенесенной реакции длится от одного до трех месяцев.

В практике Телефона Доверия чаще всего встречаются суицидоопасные реакции дезорганизации, демобилизации, пессимистические и психалгии. Рассмотрим вначале общие принципы, методы и приемы предупреждения покушения на самоубийство при данных реакциях, а затем — особенности психотерапии при каждой из указанных реакций.

2. Психотерапевтические воздействия при острых суицидоопасных реакциях.

Большинство лиц с суицидальными намерениями, обращающихся в Телефон Доверия, за психотерапевтической помощью обратились впервые. Они не обладают опытом контакта с психотерапевтом, поэтому им свойственны нереалистические и неустойчивые экспекции (ожидания) в отношении психотерапии. Такие нереалистические ожидания в значительной степени затрудняют процесс оказания помощи.

Вместе с тем, телефонная служба стимулирует обращения пациентов на ранних этапах суицидальных состояний, когда у обратившихся выражена мотивация к терапевтическим воздействиям, выражена потребность в получении поддержки и помощи, к возвращению на прежний уровень адаптации. В ранние периоды острой реакции пациенты как бы «открыты» для психотерапевтических воздействий, тогда как в ходе дальнейшего ее течения многим пациентам свойственно было фиксироваться на симптомах, сомато-вегетативных компонентах; ухудшении самочувствия, нарушении работоспособности и сна, снижении настроения.

Терапевтические установки лиц с психологическими кризисами и суицидальными переживаниями:

1. Конструктивная установка — обратившийся ожидает от терапевта помощи в разрешении психотравмирующей ситуации;

2. манипулятивная установка — пациент намерен использовать психотерапевта для воздействия на «значимого другого».

Пациенты с манипулятивной установкой в процессе психотерапевтического взаимодействия постоянно проявляют черты иждивенчества и стремление к манипулированию близкими и терапевтом, что существенно затрудняет лечение.

Цель и задачи неотложной психотерапии: Главная цель неотложной помощи — предотвратить дальнейшее развитие остро возникших кризисных реакций, помочь разрешить психотравмирующую ситуацию и, тем самым, предотвратить возможное покушение на самоубийство. Данная цель определяет следующие задачи:

1. помочь в овладении и преодолении актуальной психотравмирующей ситуации, включая эмпатическую поддержку и когнитивное руководство;

2. коррекция неадаптивных личностных установок, обусловливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций. В большинстве случаев терапевт сталкивается с установкой, что

лично-интимные, семейные или социальные ценности обладают большей значимостью, чем собственная жизнь.

Добавим, что комплексная программа помощи при кризисных состояниях и суицидальных реакциях включает в себя и задачу тренинга новых для пациента навыков адаптации, но данная задача решается лишь после купирования кризиса, путем занятий в терапевтической группе.

Как показывает опыт, для того, чтобы эффективно предупреждать кризисные состояния, неотложная терапия должна соответствовать следующим принципам:

Принципы неотложной помощи:

1. **соблюдение анонимности обратившегося** (в первых беседах с ним). Соблюдение анонимности укрепляет в пациенте нарушенное психотравмирующим событием чувство безопасности, уменьшает переживания уязвимости и беспокойства, повышает доверительность при обсуждении личных и интимных проблем;

2. **установление взаимоотношений «сопереживающего партнера-ства».** Взаимоотношения типа «руководство — партнерство» эффективны лишь в первой — второй беседе; эмоционально-нейтральные взаимоотношения воспринимаются суицидальными лицами как проявление отвержения и непринятия.

3. **соблюдение доступности психотерапевта.** Сознание доступности помощи купирует переживания одиночества и беспомощности, обладающие большой суицидогенностью. Доступность достигается сообщением абоненту графика работы телефонного терапевта, приглашением к обращениям и т. д.

4. **соблюдение последовательности этапов терапии.** Переход к очередному этапу помощи без завершения предыдущего, т. е. предъявление пациенту чрезмерных для него требований, может актуализировать суицидальные тенденции.

Соответственно двум задачам неотложной терапии в ней выделяются две последовательные стадии: на первой осуществляется помощь в овладении ситуацией, на второй — коррекция суицидогенных установок. Во многих случаях воздействие на суицидогенные установки производится одновременно с помощью в разрешении ситуации. В большинстве же случаев для эффективного воздействия на неадаптивные установки необходимо вначале наметить определенный план выхода из кризисной ситуации.

Первая психотерапевтическая беседа с острым кризисным пациентом.

Первая беседа имеет решающее значение в предотвращении дальнейшего развития кризиса. В телефонной службе такая беседа длится, как правило, от полутора до двух часов, требуя от сотрудника ТД максимального напряжения душевных сил.

Первый терапевтический контакт складывается из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специ-

фическую задачу и определенный спектр терапевтических приемов.

Начальные этапы беседы — этап установления контакта — призван сообщить обратившемуся уверенность в том, что он обратился именно в ту службу, которая и предназначена для оказания помощи и поддержки в трудных жизненных ситуациях, что терапевт обладает как доброжелательностью, так и необходимыми профессиональными знаниями и жизненным опытом. Обратившийся должен быть выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. В результате терапевт воспринимается как понимающий, чуткий и заслуживающий доверия.

Главная задача этого короткого, но важного этапа — убедить пациента в эмоциональном принятии и сочувствии. Тем самым уменьшается эмоциональная напряженность пациента, ему предоставляется возможность более откровенно говорить о своей ситуации и переживаниях, включая и те аспекты, которых он по каким-либо причинам стыдится. Эмоциональное принятие купирует выраженное при суицидальных реакциях переживание одиночества.

В необходимых случаях высказывания терапевта должны носить характер **«сострадательной эмпатии»** — как правило, при реакциях, вызванной необратимой утратой «значимого другого». Этот прием пробуждает у обратившегося жалость к себе, которая купирует аутоагgression.

Второй этап — интеллектуального овладения ситуацией. Терапевт, сочувственно выслушивая обратившегося, уменьшает эмоциональную напряженность; задавая соответствующие вопросы, терапевт формирует в сознании абонента объективную и последовательную картину психотравмирующей ситуации в ее развитии — прием **«структурирование ситуации»**.

Во многих случаях обратившимся представляется, что подобная критическая ситуация — измена супруга, распад семьи — складывается только у них, в силу их личностных недостатков и ошибочных действий. Терапевт должен тактично подчеркнуть, что аналогичные ситуации встречаются в жизни достаточно часто — прием **«преодоление исключительности ситуации»**.

При острых кризисных и суицидальных реакциях психотравмирующее событие — вследствие искажения когнитивных процессов — часто воспринимается личностью как неожиданное, внезапное и потому непреодолимое. Раскрывая последовательность ситуации, терапевт показывает ее связь с предшествующими событиями и, следовательно, возможность ее изменения — прием **«включение в контекст жизненного пути»**.

Обратившиеся часто считают, что критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. В таких случаях сотрудник ТД подчеркивает, что у абонента есть время на обдумывание, на принятие решения — прием **«снятие остроты ситуации»**.

Рассказывая о своем жизненном пути, пациент сообщает о своих удачах, о трудностях, которые ему приходилось преодолевать. Терапевт тактично подчеркивает эти успехи, формируя у собеседника представление о нем как о личности, способной к реализации продуктивного жизненного пути и преодолению трудностей — прием «терапия успехами и достижениями».

Данный прием, будучи методом косвенной суггестии, представляется очень эффективным в воздействии на кризисные переживания и должен неоднократно повторяться на протяжении всего процесса терапии.

Как правило, на этом этапе пациент может раскрыть даже свои суицидальные намерения; такое раскрытие способствует повышению ответственности абонента за свое поведение, уменьшает вероятность осуществления покушения — прием «вербализации суицидальных переживаний».

Во многих случаях, сообщив всю значимую информацию, пациент испытывает трудности в ее осмысливании, в интеллектуальном овладении событиями. Терапевт должен высказать точную формулировку переживаемой абонентом ситуации — прием «формулировка ситуации». Данный прием, редко используемый в долгосрочной терапии, где желательно, чтобы пациент сам сформулировал свои проблемы, эффективен при острых кризисах и суицидальных реакциях. Он помогает абоненту рационализировать происходящее, интеллектуально им овладеть и реалистически принять; кроме того, он создает у пациента представление, что, какой бы трудной не была его проблема, она может быть понята другими людьми, и терапевт ее понимает. Тем самым, у абонента уменьшаются суицидогенные переживания одиночества и беспомощности.

На протяжении второго этапа беседы широко используются общие психотерапевтические приемы поддержания и углубления коммуникации. В неотложной помощи наиболее важными из них представляются следующие.

Повторение содержания высказывания: этим приемом абоненту сообщается, что его внимательно слушают и правильно понимают. Прием позволяет пациенту уточнить или переформулировать свои слова.

Отражение и разделение эмоций: терапевт высказывает сочувственное разделение тревоги, горя, в случае отверждения пациента «значимым другим» — разделяет чувства обиды и унижения. Прием стимулирует более открытое проявление эмоций, особенно показан при тоске, подавленности.

Вербализация — словесное обозначение терапевтом того, что пациент только подразумевает. Этот прием близок к интерпретации.

Поиск источников эмоций; обратившемуся предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния, например: «Что именно в этой ситуации Вас так ранит?»

Прием помогает абоненту осознать связь между поступками «значимого другого» и собственными эмоциями.

Третий этап — планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации. Основываясь на достигнутом ранее интеллектуальном овладении и реалистическом принятии ситуации, пациент подводится к осознанию того, какое разрешение ситуации наиболее для него приемлемо — прием «идентификация целей». Например, при необратимых утратах проблема часто сводится к поиску лиц из ближайшего окружения, с которыми пациент мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые эмоциональные отношения.

В некоторых случаях преодоление критической ситуации разбивается на более мелкие, принципиально разрешимые задачи, и для ближайших задач предлагается несколько предварительных решений. Решения предлагаются терапевтом в несколько общем, незавершенном виде, что стимулирует собственную активность пациента.

На этом этапе пациенты с выраженным психологическими иждивенческими тенденциями пытаются вернуться к обсуждению своего эмоционального состояния и обсуждению симптомов своего соматического неблагополучия с уходом от сути кризиса. Терапевту необходимо вернуть абонента к обсуждению конкретных планов — прием «фокусирование на ситуации».

К этому времени в процессе терапии выявляются неадаптивные установки пациента, препятствующие оптимальному разрешению кризиса. У большинства обратившихся такой установкой было неприятие — даже на короткий срок — одиночества, а также убежденность в неспособности сформировать значимые эмоциональные отношения в дальнейшем. Данные установки у некоторых пациентов формировались с детства и были глубоко интериоризированы. Терапевту нужно помнить, что на описываемом этапе контакта пациенты еще не готовы к коррекции нереалистических установок, т. к. необходимая для коррекции конfrontация может снизить самооценку, актуализировать суицидальные переживания.

Основные терапевтические приемы третьего этапа: интерпретация, планирование и удержание пауз.

Интерпретация: сотрудник ТД высказывает гипотезы о возможных способах разрешения ситуации.

Планирование: побуждение пациента к верbalному оформлению планов предстоящей деятельности.

Удержание пауз: целенаправленное молчание терапевта. Цель паузы — предоставить пациенту возможность проявить инициативу, стимулировать вербализацию разрабатываемых им планов поведения. Молчание снижает темп беседы, дает пациенту время для рассмотрения альтернативы, для принятия решений, уменьшает аффективное напряжение. Удержание паузы — это «одобряющее» молчание.

Четвертый этап — активной психологической поддержки. Повышается уверенность обратившегося в его способностях преодолеть трудную ситуацию, подчеркиваются прежние достижения. Проявления несостоимости личности в актуальной ситуации не интерпретируются, чтобы не снижать уровень самопринятия.

Ведущие приемы четвертого этапа — логическая аргументация, убеждение, рациональное внушение.

Вербальная активность терапевта: на первой стадии неотложной помощи — она может состоять из одной, а также из двух—трех бесед — терапевт переходит от позиции эмпатического выслушивания к позиции соучастия в интеллектуальном овладении ситуацией. Соответственно нарастает и его вербальная активность — минимальная на первом и втором этапе, она достигает максимума на четвертом.

Вторая стадия неотложной помощи.

Содержание данной стадии — коррекция суицидальных установок обратившегося. Обязательным является убеждение **каждого суицидального пациента** в следующем:

1. тяжелое эмоциональное состояние, переживаемой им в данный момент — это состояние временное, в процессе лечения оно улучшится;

2. другие люди в аналогичных ситуациях чувствовали себя так же тяжело, а потом их состояние полностью нормализовалось;

3. жизнь обратившегося нужна его родным, близким, друзьям, его уход из жизни станет для них тяжелой травмой; необходима в этих случаях апелляция к нравственному чувству личности — долгу перед окружающими;

4. каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение этого важнейшего вопроса лучше отложить на несколько дней или недель, спокойно его обдумать.

Широко используя четвертый аргумент — **право на собственную жизнь** — мы исходим из того, что подчеркивание этого права повышает самооценку обратившегося, увеличивает ответственность за свое поведение, при этом суицидальные намерения уменьшаются.

В коррекции суицидальных установок необходимо выделить три основных момента:

1. Наиболее распространенная установка, «подталкивающая» обратившегося к покушению на самоубийство, состоит в том, что та или иная ценность — семейный статус, эмоциональная привязанность партнера и т. д. — обладает большей значимостью, чем собственная жизнь, и утрата данной ценности несовместима с жизнью. В таких случаях необходимо провести «девальвацию» утраченной ценности (например, разрушенных эмоциональных отношений), а также повышение значимости сохранных ценностей (здравья, профессионального и социального статуса и т. п.). Последнее требует не только рационального анализа — нужно стимулировать

воображение обратившегося перспективами оптимистического будущего, поощрять его высказывания на эту тему. Такая стимуляция воображения — «терапия апперцепцией» — требует от терapevta умения «рисовать словами», не рассказывать, а «показывать будущее».

II. Некоторые личности, планирующие покушение на самоубийство, используют свою потенциальную смерть как определенный — парадоксальный — способ адаптации в своей микросоциальной среде. Как правило, лица с суицидальными установками пользуются угрозой смерти — в том числе и действительной смерти! — для того, чтобы определенным образом повлиять на «значимых других», чтобы изменить их отношение к себе, добиться изменений в их поведении или хотя бы вызвать в них желаемые для суицидента переживания: жалость, раскаяние в неправильном отношении к суициденту, уважение, сочувствие к нему. Для предотвращения самоубийства терапевту нужно понять, что именно хочет сообщить «значимому другому» данная личность своей попыткой «уйти из жизни», и совместно с ней разработать иной несуицидальный способ донесения до близкого человека этого же сообщения.

III. У большинства лиц с суицидальными намерениями в процессе терапии обнаруживались стойкие представления о «всесильности», «всемогуществе» самоубийства как средстве воздействия на «значимого другого», об исключительной силе его влияния на окружающих. К примеру, при суицидальных реакциях, вызванных уходом супруга или любовного партнера к другой женщине, практически у всех пациенток выявлялась установка, согласно которой их самоубийство вызовет в бывшем супруге глубокое раскаяние в своем поступке, продемонстрирует ему необыкновенную силу любви пациентки к оставившему ее человеку, послужит препятствием к совместной его жизни с соперницей.

Завершение неотложной психотерапии: В процессе лечения между терапевтом и обратившимся формируются эмпатические взаимоотношения, поэтому завершение терапии, как правило, вызывает у пациентов тревогу, эмоциональную напряженность. Возникшую тревогу необходимо разделить, подчеркнуть важность самостоятельности для каждого человека, сообщить уверенность в своих силах.

Обязательным нам представляется обсуждение того, каким образом преодоление данной психотравмирующей ситуации будет полезным для преодоления жизненных трудностей в будущем.

Особенности неотложной помощи при различных суицидальных реакциях.

1. **Реакция дезорганизации.** Главными моментами психотерапии представляются создание условий для аффективного отреагирования (разделение эмоций) в сочетании с интеллектуальным овладением и реалистическим принятием ситуации.

2. Реакции демобилизации. В основе реакции лежит снижение побуждений и волевых усилий, направленных на преодоление трудностей. Для оказания помощи применяются преимущественно приемы признания уверенности и одобрения, прежде всего — «терапия успехами и достижениями». С целью мобилизации личностных резервов применяется «терапия антиципацией», повышающая субъективную ценность жизни.

3. Пессимистические реакции: «Стержнем» реакции являются пессимистические представления о будущем — жесткий конструкт, требующий значительных усилий и терпения для его преодоления.

Оказание помощи направлено на формирование оптимистической концепции будущего, ведущие приемы — логическое убеждение и переубеждение. Важную роль играет «индукиция» пациента оптимизмом сотрудника Телефона Доверия.

4. Реакция психалгии: Основу реакции составляют интенсивные отрицательные эмоции, вызванные необратимой утратой — высокозначимых отношений или близкого человека. Психотерапия состоит в «сострадательной эмпатии», сочетавшейся с заполнением «ценностного вакуума» и восстановлением путей самоактуализации пациента.

III. ДОЛГОСРОЧНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Лица, получающие длительную психологическую помощь по Телефону Доверия — длительность контакта составляет от 2—3 месяцев до нескольких лет — в классификации Международной Федерации Телефонных Служб экстренной помощи получили название «постоянных абонентов». Среди «постоянных абонентов» выделяются две наиболее значительные группы, различные как по своим проблемам, так и по характеру психотерапии.

А. Группа «А» состоит из личностей, сочетающих чрезмерную чувствительность и впечатлительность с высокими моральными требованиями к себе и окружающим. В основе характера таких абонентов обнаруживается разной степени выраженности «чувство собственной неполноценности» обуславливающее их замкнутость, ранимость, склонность к снижению настроения. В целом данная группа представляется близкой широкому кругу астеников. Как указывалось выше, телефонная помощь таким лицам представляется гораздо более привлекательной, чем личное обращение.

Данная группа обычно представлена лицами молодого возраста — от 18 до 30 лет, преимущественно женщинами, в силу особенностей характера переживающими различные конфликты, как правило, в лично-интимной или семейной сфере. В большинстве случаев эти пациенты хорошо адаптированы в профессиональной сфере, что объясняется присущим им чувством долга, ответственности, дисциплины.

Личностные особенности. В отдельных случаях обратившиеся данной группы воспитывались в условиях скрытого эмоционального отвержения, испытывали чувство затруднения в отношении с родителями.

Часть характеризовалась сензитивностью, трудностью в межличностных контактах, постоянным беспокойством по поводу отношения к ним окружающих, по поводу возможного неблагоприятного о себе мнения. В целом для них характерна тревожная мнительность, постоянные самоукоры и самобичевание в сочетании с завышенными, нереалистическими требованиями к себе и «значимым другим».

Некоторые, страдая в детстве из-за отсутствия близких эмоциональных отношений, в соответствии с механизмом повышенной значимости фрустрированной потребности, ощущают выраженную необходимость в эмоциональной привязанности, в принятии их «значимым другим». При возникновении каких-либо трудностей в этих отношениях, даже незначительных, обусловленных естественным течением отношений, они склонны винить в этом себя, переживая чувство собственной несостоятельности.

Кроме того, из-за недостаточной социализации в поло-ролевой сфере их установки в эмоциональном общении отличаются пурitanством и альтруистичностью, недостатком партнерских отношений с лицом противоположного пола.

Терапевтические миши: Главной из них представляется повышенная потребность в принятии «значимым другим», сочетающаяся с недостаточным самопринятием. Чрезмерная закрытость и пуританство также нуждаются в коррекции. Т. к. проблемы лиц данной группы не достигают уровня кризиса, в психотерапии можно использовать весь спектр приемов, включая конфронтацию.

Формирование мотивации к групповой психотерапии. Занятия в терапевтических группах КСПП являются высокоспецифической формой помощи абонентам данной группы. В то же время, в силу сензитивности, они часто не могут вынести группового напряжения, а попытку телефонного терапевта направить их в КСПП воспринимают как неприятие и отвержение. В силу этого, необходимо избегать преждевременного направления абонента в КСПП; убедив пациента в пользе групповых занятий, следует подчеркнуть возможность и желательность дальнейших обращений к данному сотруднику Телефона Доверия.

Б. Данная группа состоит из лиц с переживаниями одиночества. В нее входят как лица, одинокие в социальном плане — не создавшие либо утратившие семью, т. н. «паспортное» одиночество, так и лица с недостаточной социализацией. Последние страдают из-за отсутствия эмоциональных контактов, несмотря на формальное наличие у них семьи, родных. Группа включает в себя и соматически инвалидизированных лиц: рассеянный склероз, параличи различного генеза и т. д., одиночество которых является в значительной степени, вынужденным.

Будучи эмоциональной реакцией на фрустрацию специфической потребности человека — потребности в общении (А. Г. Амбрумова, 1981), одиночество представляет собою не только субъективно тягостное переживание, но и несет в себе потенциальную суицидоопасность. Последняя особенно велика у лиц, чье одиночество связано с утратами «значимых других», у кого не сформировалась толерантность к данному эмоциональному состоянию.

У лиц, утративших человека, к которому они были эмоционально привязаны в течение многих лет, даже спустя длительное время после утраты обнаруживаются интенсивные отрицательные эмоции: тоскливость, ощущение неудовлетворенности жизнью. Формирование же новых значимых эмоциональных отношений для большинства абонентов данной группы оказывается невозможным из-за возрастных причин.

Для всех абонентов описываемой группы, в особенности для соматически инвалидизированных лиц, характерными были повторные обращения вочные часы, т. к. большинство пациентов страдают нарушениями сна.

Психотерапевтическая помощь при состояниях одиночества.

Помощь пожилым абонентам, утратившим значимые эмоциональные отношения, а также помочь соматически инвалидизированным лицам состоит, прежде всего, в отвлечении и переключении с травмирующих переживаний на эмоционально положительные. Сотрудники Телефона Доверия обсуждают с такими «постоянными абонентами» прочитанные книги, телевизионные передачи и т. д., стимулируют различные интересы пациентов.

В процессе длительного контакта, продолжающегося несколько лет с частотою 1—2 беседы в неделю, обнаруживается, что абоненты данной группы предъявляют меньше жалоб на свое соматическое состояние. Они больше интересуются окружающей действительностью, используют предоставляемые возможности для общения. Контакт со многими из этих пациентов со временем утрачивает свой непосредственный терапевтический характер и становится определенной формой дружеского общения.