



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

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ
ИНСТИТУТОВ И КООРДИНАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ЛЕННИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В. М. БЕХТЕРЕВА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ
КАК ФАКТОР РИСКА СУИЦИДА
У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ
СОСТОЯНИЯМИ

(Методические рекомендации)

М-34131. Подписано к печати 29.04.83. Заказ 485. Тираж 1500 экз. Объем 1 п. л. Бесплатно. Фабрика «Детская книга» № 2 Росглэвполиграфпрома Государственного комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Ленинград 2-я Советская, 7.

Ленинград
1983

Рекомендации составлены в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (директор — профессор М. М. Кабанов) кандидатом психологических наук Н. В. Конончук под редакцией профессора В. К. Мягера.

Работа проводилась на базе отделения психопрофилактики (руководитель — профессор В. К. Мягер) Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева и токсикологического отделения (заведующий — кандидат медицинских наук В. М. Бучко) больницы Скорой помощи № 10 г. Ленинграда.

© ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В. М. Бехтерева

I. Характеристика ситуационных суицидальных действий и лиц, их совершивших

Наблюдающийся в мире рост числа самоубийств и особенно суицидальных попыток, наряду с увеличением среди суицидентов лиц молодого возраста, делают актуальной проблему суицидов и требуют разработки конкретных методов их предупреждения.

Большую часть покушавшихся на свою жизнь составляют лица с пограничными нервно-психическими расстройствами (А. Г. Амбрумова, Д. Д. Федотов). Однако, кроме наличия подобных заболеваний — преимущественно психопатий и реактивных депрессий, часть совершивших попытки самоубийства составляет контингент, при самом тщательном исследовании не выявляющий чётких признаков нервно-психической патологии вне момента суицидальных действий. Суицидальные попытки здесь возникают, как правило, на фоне длительной психотравмы и по механизму сходны с реакцией короткого замыкания. Их принято квалифицировать как острые ситуационные реакции. Несмотря на отсутствие признаков нервно-психической патологии, у таких лиц имеются, сформировавшиеся в условиях неправильного воспитания, определённые патохарактерологические особенности. Не являясь признаком психопатии, они входят в рамки акцентуации характера. Известно, что акцентуация характера представляет собой переходную степень между психопатией и нормальным состоянием, являясь крайним вариантом нормы характерологических особенностей (А. Е. Личко, 1977).

Имеющие акцентуацию характера в неблагоприятных условиях психологического стресса нередко реагируют на него неадекватными действиями в виде патологических реакций. Успеху профилактики суицидальных действий в этих случаях способствует изучение психологических особенностей суицидентов, выявляющее лиц с повышенной степенью суицидального риска. Предупрежде-

ние самоубийств у не страдающих нервно-психическими заболеваниями значимо потому, что речь идёт о полноценной и трудоспособной группе людей, у которой в генезе суицидального поведения необходимо выявить определённые факторы психологического плана. Их знание делает возможным предупреждение аутоагрессивных действий, в частности, при помощи установления специальных методов психокоррекционной работы. Наряду с первичной профилактикой, актуально предупреждение повторных суицидов, которые имеют место в 50—75% случаев по данным литературы.

Группу риска суицида составляют острые ситуационные реакции разведенных или повторно состоящих в браке женщин 18—35 лет, длительно переживающих психотравмирующую ситуацию. Преобладание женщин среди рассматриваемого контингента лиц объясняется большей частотой суицидных попыток у женщин, по сравнению с мужчинами, и выбором ими сравнительно щадящих средств при суицидах (отравлений). Вероятность суицида у них увеличиваются имевшиеся в прошлом аутоагрессивные действия и суицидальные попытки у родственников. Этот контингент обладает определёнными особенностями личности.

Базисом, на котором развиваются патологические черты характера, в свою очередь играющие определённую роль в возникновении суицидального поведения в неблагоприятно сложившихся условиях, являются особенности развития в детстве и пубертатном периоде. Более 60% суицидентов воспитывается в неполных семьях, распад которых нередко происходит в возрасте, когда им было менее 8 лет. Родительские семьи характеризуются аффективным беспорядком отношений и открытыми конфликтами между их членами. Матерям свойственны истероидные черты характера. У отцов преобладают шизоидные и эпилептоидные черты, часто сопровождающиеся чудаковатостью, жестокостью, безразличием. Всё это приводит к холодной атмосфере в семье, запущенности детей, малой близости их к родителям. В связи с занятостью собственными, чаще личными, переживаниями, имеют место отсутствие тепла, равнодушие и лишь формальная заинтересованность в судьбе детей. Иногда со стороны родителей проявляется открытый негативизм. В отрочестве, в ситуации разрушенной семьи нередки повышенно жёсткие требования, предъявляемые ребёнку одним из родителей. Для суицидентов характерно постоянное чувство отсутствия заботы о них.

Отчужденность от родительской семьи с реакцией эманципации при одновременной тяге к эмоционально окрашенным близким контактам, приводят суицидентов к стремлению вырваться из семейного окружения и поиску тепла вне дома. Главенствующую

роль в системе ценностей, у большинства рассматриваемой группы женщин, совершивших суицидную попытку, начиная с подросткового возраста, играет круг друзей, а позднее — любовная сфера, что связано с особенностями деструктивных родительских отношений. Сложившаяся атмосфера, наряду с распавшейся семьёй, способствуя искажению детского восприятия отношений между полами, акцентирует внимание на таких проблемах. Позже суициденты стремятся «преодолеть» трудную судьбу родителей, создать нормальную семью, вкладывая излишнюю душевную энергию для сохранения во что бы то ни стало сложных отношений с партнёром. Атмосфера индивидуализма и независимости в первичной — родительской семье также усиливает потребность в достижении поставленных целей.

Личные отношения суицидентов, составляющие ядро их системы ценностей, деформируют последнюю, отодвигают на задний план учебно-производственную деятельность и другие сферы жизни, обединяют их социальные связи и восприятие жизни в целом.

Существенными факторами риска суицидальности являются черты личности покушавшихся. Три основные свойства характеризуют личность суицидентов.

Первое — относится к характеру потребностей. Напряжённость потребностей — излишне выраженное, ригидное желание достижения во что бы то ни стало конкретной цели, при котором психологическое напряжение не исчезает до удовлетворения потребности.

Второе выражается в отношениях с людьми, где выступает повышенная потребность в эмоциональной близости. Независимость в принятии и осуществлении решений, отсутствие конформности сочетается с невозможностью обходиться без близких, чувственно окрашенных контактов. В отношениях суицидентов с любовными партнёрами это свойство превращается в эмоциональную зависимость с потерей своего «я», когда вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях.

Наконец, третьим является низкая способность суицидентов к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить негативное воздействие фruстрации. Слабость личностной психологической защиты дополнительно снижается в ситуации конфликта и дезаптации.

Эмоциональную сферу в таких случаях характеризует нестабильность, лабильность, эмоциональная вязкость, ригидность аффекта, а также торpidность эмоциональных переживаний и иногда импульсивность. Все перечисленные особенности личности суицидентов создают определённый стиль поведения в преодолении труд-

ностей, характеризующийся настойчивым стремлением в достижении поставленной цели, попытками преодолеть сложную ситуацию вне зависимости от объективных обстоятельств, неумением и нежеланием отступить или найти компромиссное решение.

Суицидальные действия у лиц с острыми ситуационными реакциями и предшествующие им психогенез имеют ряд особенностей.

Психологический стресс, приводящий к формированию решения о самоубийстве, как правило, продолжителен — более года, с постепенным нарастанием конфликта, сгущением негативных факторов и событий вплоть до возникновения мысли о самоубийстве. Наиболее суицидоопасны ситуации со значительной неопределенностью и неизвестным исходом конфликта, а также ситуации ожиданий с неприводящими к успеху попытками их разрешения, при которых новые обстоятельства формируют у субъекта чувство безвыходности. В основу этих ситуаций чаще всего ложится любовная или супружеская фабула. Реальное содержание мотивов суицидальных поступков обычно заключается в невозможности добиться устраивающего положения с одновременной неспособностью отказаться или примириться с ним. Нередко подобный конфликт имел место в прошлом, и потому возникающее положение воспринимается с особой остротой.

На протяжении стрессовой ситуации состояние переживающего её субъекта характеризуется переходом от тревоги, чувства неопределенности, поиска, метаний, т. е. эмоций тревожного ряда к депрессивным эмоциям, куда относятся возникающие чувства бесперспективности и безысходности с ощущением непреодолимости созданного положения. Однако, непосредственно перед попыткой самоубийства, на высоте эффекта, чисто депрессивные переживания не являются характерными. В такой период у стеничных личностей с напряжённым эффектом появляется чувство беспокояния перед создавшимися условиями и потребность что-либо предпринять на фоне возбуждённого состояния с формулировкой суицида: «Надоело». Лицам с большей выраженностью потребности в тепле и эмоциональной зависимостью свойственно возникающее чувство невыносимой душевной боли, не совпадающей по сути с депрессивным состоянием — «реакции психалгии» (А. Г. Амбурова, 1978) с формулировкой суицида: «Отдохнуть, забыть непереносимую ситуацию».

Пресуицид острых ситуационных реакций длится от нескольких часов до нескольких минут, однако, на протяжении всего складывающегося положения пассивные мысли о смерти, не доходя до суицидальных намерений, возникают и исчезают более продолжительное время.

Принятию конкретного решения о самоубийстве почти всегда способствует дополнительная психотравма — «последняя капля», не обязательно совпадающая по своему содержанию с основным конфликтом. Она же нередко предъявляется пациентом в качестве мотива самоубийства при первичной беседе. Непосредственный повод к суициdalной попытке, особенно у лиц 17—20 лет может быть крайне «непропорционален» акту самоубийства. Налицо, как правило, отставленная реакция, при которой по каким-то причинам пик психотравмы не повлёк непосредственной патологической реакции, а имелась длительная переработка конфликта с накоплением эмоционального напряжения. Указываемые обстоятельства нередко являются причинами так называемых неожиданных попыток к самоубийству.

В целях успешной терапии суицидентов следует принимать во внимание, что поводы к совершению суицидальных действий часто не соответствуют их реальным мотивам, которые лежат гораздо глубже и представляют собой совокупность неблагоприятно сложившихся условий. Почти всегда в прошлом наличествуют ситуации, играющие роль при принятии решения о самоубийстве — «накопление» психотравм. При идентификации повода и причин самоубийства необходим глубокий анализ сочетания множественных эндогенных и экзогенных моментов у пострадавшего на протяжении его жизни.

Попытки к самоубийству совершаются обычно на таком этапе развития ситуации, когда, субъект находясь в максимальном напряжении, не видит дальнейших путей продвижения к цели при внутренней невозможности «выхода из игры». Восприятие безысходности положения потенцируется субъективным преувеличением — созданной доминантой, мешающей трезвой оценке ситуации, которую возможно преодолеть адекватным путём.

Соматические последствия суицида не могут служить показателем тяжести ни предшествующего ему положения, ни психологического состояния. Пресуицидальному периоду соответствуют определённые психопатологические признаки — увеличивающееся сужение восприятия, ассоциаций, схемы поведения, аффекта, ограничение человеческих отношений и значение мира, затрудняющие «трезвые» размышления об адекватности реализации суицида. Для осуществления самоубийства при коротком пресуициде берётся попавшееся под руку средство. Имеют значение трудности приобретения лекарственных препаратов и скучность информации об их действиях. Так, некоторые пациенты были уверены в том, что 20 «снотворных» таблеток являются смертельной дозой. Подобные же факторы могут, напротив, отяготить суициdalную попытку —

например, приём уксусной эссенции или фосфорорганических веществ часто приводят к серьёзным отравлениям, в то время как использующие эти средства иногда употребляют их в демонстративно-шантажных целях, не отдавая отчёта о тяжести последствий. Однако, некоторая зависимость тяжести суицида от предшествующих обстоятельств имеется. Повторные попытки лишения себя жизни тяжелее первых, особенно при аналогичных психотравмах. Известно негативное отношение общества к факту самоубийства, а также психологический и биологический страх индивидуума по отношению к лишению себя жизни. Первая попытка, даже с элементом шантажа, снимает такие внешние и внутренние запреты. «Переступив через порог» страха и осуждения однажды, суицидент с большей вероятностью будет вести себя аналогичным образом при повторных психотравмах. Следует учитывать, что при лёгкой по соматическим последствиям попытке «снятия запретов» происходит легче и вероятность повторных суицидальных действий больше, чем в случаях тяжёлых суицидов.

После демонстративно-шантажных попыток в ситуации продолжающегося или нового подобного конфликта могут быть повторные действия, направленные на самоубийство, представляющие большую опасность для жизни. Это связано, в частности, с нередким элементом демонстративности в аутоагрессивных действиях лиц, состоящих в браке, так как адресат таких действий всегда узнаёт о них; у лиц, не имеющих собственной семьи, элемент демонстративности чаще отсутствует. Кроме того, к предшествующей психотравме всегда присоединяется мотив одиночества.

На протяжении конфликта для суицидента характерен интенсивный поиск контактов, способствующих возможности отреагирования с нередкими прямыми или косвенными высказываниями о нежелании жить. Как правило, такая информация предназначена наиболее значимым ему лицам, но чаще всего воспринимается родственниками, а иногда специалистами, как шантажная и незаслуживающая внимания.

По данным V. W. Poldinge (1969) более 70% умерших в результате суицида прямо или косвенно сообщали кому-либо о своих намерениях. Следовательно, незадолго до пресуициального периода имеется некоторое время, благоприятное для психотерапевтического воздействия. По мере приближения к пресуициду количество и формы контактов резко редуцируются, что уменьшает возможность профилактического воздействия. Приведенные положения свидетельствуют о необходимости серьёзного отношения окружающих как к любым суицидальным действиям, так и к вы-

сказываниям, во всех случаях являющимся сознательной или неосознанной попыткой таких лиц привлечь внимание близких к своему трудному положению.

2. Психокоррекционная работа.

Контакт большинства суицидентов без психического заболевания с психиатром и медицинским психологом нередко ограничивается установлением их психического статуса. Вместе с тем, одним из наиболее значимых методов лечения лиц после острой ситуационной суициdalной реакции является психотерапия. Цель психокоррекционной работы здесь заключается не только в конструктивном анализе психотравмирующей ситуации и патохарактерологических особенностей суицидентов при непосредственном их участии, в совместном с пациентом поиске адекватных путей преодоления положения, в котором он находится, но и в формировании возможности адекватных реакций на психологический стресс в будущем.

Контакт психотерапевта с покушавшимся на свою жизнь должен осуществляться по возможности немедленно после реанимационных мероприятий. Желательно, чтобы врач был лицом, впоследствии осуществляющим курс психотерапии. Быстрое после суицида эмоционально-доброжелательное и в то же время конструктивное общение со специалистом предоставляет пациенту возможность психологической релаксации, что способствует большей продуктивности в установлении контакта при последующей психотерапии, а также оказывает непосредственное позитивное влияние на успех выхода из состояния ситуационного кризиса и редукцию суицидальных тенденций. После улучшения физического состояния следует тщательно выявить реальные мотивы суициdalной попытки в свете наиболее значимых отношений личности пациента. Это целесообразно сделать ещё в стационаре, ибо непосредственно после ситуационного кризиса лица, совершившие попытку самоубийства в наибольшей степени «открыты» для установления глубинного контакта. Они почти всегда стремятся объяснить себе и окружающим происшедшее и, ожидая помощи, отзывчивы к психотерапевтическому вмешательству.

Направление части суицидентов без наличия психоза из токсикологического центра в психиатрическое учреждение нередко неоправданно, так как само пребывание в больнице наносит дополнительную психическую травму. Однако, к решению этого вопроса следует подходить индивидуально. В некоторых случаях кратко-

временное пребывание в психиатрическом стационаре снижает риск повторного суицида. Здесь психотравма, вызванная обстановкой психиатрического отделения усугубляет процесс переоценки ценностей и обостряет стремление возвращения к жизни. Ясно, однако, что в любом случае неправомерно лиц после ситуационного кризиса направлять в условия, где они выпадали бы из-под контроля специалиста и возвращались в среду, способствовавшую решению о самоубийстве. Пассивное наблюдение психоневрологического диспансера недостаточно. Пациентам после суициdalной попытки практически всегда необходимо активное поддерживающее лечение, курс краткосрочной или долгосрочной амбулаторной психотерапии. При наличии каких-либо показаний соматического плана больного нужно прежде отправить в больницу общего типа.

Особенности организации психотерапевтической помощи суицидентам обуславливаются, среди прочего, их личностными особенностями и естественным стремлением к забвению невыносимой ситуации, предшествовавшей психологическому срыву и попытки самоубийства. Трудностям психотерапевтического воздействия нередко способствует отсутствие желания суицидента контактировать с психотерапевтом, даже в случаях, когда психотравмирующая ситуация оставалась неразрешенной. Суициденты, воспитывавшиеся в обстановке сочетания отвергания в семье и безнадзорности, с детства привыкли разрешать возникающие трудности самостоятельно. Независимость в принятии решений и претворении их в жизнь, сформировавшаяся впоследствии, как черта их характера является одной из причин, затрудняющих психотерапевтический контакт.

Психокоррекционное амбулаторное лечение и наблюдение суицидентов должно основываться на нетрадиционной, оптимально построенной схеме, в основе которой лежат принципы краткосрочности и интенсивности, подразумевающие психотерапию, проводимую в сжатые сроки, с активным привлечением внутренних ресурсов личности пациентов для дальнейшей самостоятельной психологической коррекции личности.

Первая встреча с пациентом в амбулаторных условиях должна быть по возможности приближена к моменту выписки из стационара, когда уже имеется ранее наложенный там эмоциональный контакт с психотерапевтом, а суицидент, как правило, всё ещё поглощен полностью не разрешенной ситуацией. Необходимо иметь в виду, что складывающиеся в ряде случаев обстоятельства делают первую беседу единственной встречей с пациентом. По данным О. Н. Sperl (1975) это происходит в 39% случаев. Это подтверждает необходимость проведения краткосрочной интенсивной пси-

хотерапии. Во время первой беседы необходимо обеспечить максимальный психотерапевтический потенциал, заложив основы конкретного плана психокоррекционной работы. При достаточном интеллекте пациента дальнейшая коррекционная работа может продолжаться им самостоятельно с использованием самоактуализации здоровых сторон личности суицидента.

Однако, для 70% обратившихся требуется длительная психотерапевтическая работа на более глубоком уровне, включающем изменение системы ценностей. Здесь применяется модифицированная и расширенная схема. Наиболее активную работу следует сосредоточить в период первых двух недель после кульминации кризиса. Далее, в течение 2—3 месяцев предпочтительны нечастые периодические встречи с психотерапевтом, после чего активные вызовы целесообразно прекратить, не отказывая суициденту в контакте, возникающем по его инициативе.

Профилактика повторного суицида предполагает, что в дальнейшем пациент, полностью вышедший из-под опеки психотерапевта знает, что в случае ухудшения эмоционального состояния, с которым он не в состоянии справиться самостоятельно, всегда имеется возможность обратиться туда, где ему уже помогали. Словом, суицидент постоянно должен ощущать «эффект присутствия» психотерапевта в его жизни. В работе по предупреждению повторной попытки самоубийства вновь соблюдаются принцип краткосрочности, когда задача первой или нескольких бесед заключается в восстановлении полученного пациентом «терапевтического опыта» при повторно возникшем конфликте.

Таким образом, представленная схема психокоррекционной работы при суициdalных попытках предполагает четыре возможных этапа:

первичная беседа, интенсивная психотерапия, поддерживающая психотерапия и контакт в случае ухудшения состояния.

Главными задачами психотерапии является помочь обратившимся в разрешении кризисной ситуации, изменении отношения к психотравмирующей ситуации, коррекции некоторых личностных особенностей.

Первый этап работы — это реальная оценка психотравмирующей ситуации. Она необходима из-за привнесенного длительным стрессом эмоционального компонента в восприятие конфликта, делающего безысходной ситуацию, которая могла быть разрешена иными, адекватными средствами. Целесообразно в процессе обсуждения создавшегося положения пытаться совместно с пациентом максимально снизить неопределенность понимания и оценки им ситуации, выявить её однозначность, локализовать проблему,

Таблица 1

Виды и формы терапии при первичных суицидах

Токсикологический центр	Психиатрическая больница	Амбулаторное наблюдение	Поддерживающее амбулаторное наблюдение Внебольничная помощь.
Терапия соматических нарушений.	Терапия психических нарушений.	Интенсивная психотерапия	Поддерживающая амбулаторная психотерапия (2–3 месяца)
Первый контакт с психотерапевтом—краткосрочная интенсивная психотерапия, одна беседа.	Интенсивная психотерапия (1–2 беседы) 2–3 недели	Кратко-срочная углубленная личная (период до 2–3 недель) после сеанса	Углубленный контакт с пациентом. «Эффект присутствия».
Беседы с родственниками.	Социальная помощь.	Семейная психотерапия	Контакт в случае ухудшения состояния.
Определение риска повторного суицида.	Беседа со значимыми людьми.	Фармакотерапия остаточных психических нарушений.	Социальная помощь.
	Определение риска повторного суицида.		

что затем облегчит принятие конкретного решения и эмоционально стабилизирует суицидента, находившегося в кризисном положении. Важно помочь пациенту самостоятельно и адекватно разрешить создавшуюся ситуацию.

Существенным является определение у покушавшихся так называемых антисуицидальных факторов. Неудачи суицидальных действий, исключая демонстративно-шантажные попытки, обусловлены не только их аффективным характером, но и отсутствием у подавляющего большинства лиц, их совершающих, истинного желания умереть. Практически любые попытки самоубийства, кроме аутоагgressии, несут в себе стремление заявить о своём горе и желание отключиться от невыносимой ситуации. Выявление обстоятельств, удерживающих от попытки самоубийства при наличии «неразрешимого» конфликта в наиболее значимой сфере отношений

способствует установлению факторов, на которых может базироваться перестройка системы ценностей (дети, родители, друзья, чувство ответственности, искусство, природа, внутренний мир). В процессе психотерапии целесообразно акцентировать внимание на этих сторонах жизни и деятельности суицидента, повышая субъективную их ценность — значимость в системе его отношений. На указанных моментах строятся планы пациента на будущее, особенно в случаях невозможности коренного разрешения психотравмирующей ситуации.

Одним из критериев успеха в преодолении жизненного кризиса и стойкого исчезновения аутоаггрессивных тенденций является в известной мере спонтанно возникающее сразу после неудавшегося суицида острое ощущение радости жизни во всех её проявлениях с последующей переоценкой ценностей. В случаях невыраженности таких переживаний специалисту необходимо при первом контакте способствовать их возникновению.

Целесообразно в процессе психотерапии снять запрет с темы «самоубийство», обсуждая и анализируя вместе с пациентом корни и динамику его суицидального анамнеза, возможный летальный исход поступка и последствия его для значимых лиц (родители, дети). Так как рассматриваемые суицидальные действия носят аффективный характер и лишение себя жизни фактически не является целью покушавшихся, которые нередко не задумываются о возможных последствиях суицида, подобное обсуждение иногда впервые отчётливо рисует в их сознании реальную картину возможного исхода своего поступка и способствует переоценке ценностей. Началом этого процесса часто является момент прихода в сознание после реанимационных мероприятий.

Необходимым компонентом работы с лицами в кризисных ситуациях является последующая конкретная социальная и иная помощь, осуществляющаяся в виде предоставления академических отпусков, организация консультаций с врачами различных профилей и т. п.

Успех психотерапии, как правило, возможен при активном вмешательстве в окружение суицидентов, выражающемся в работе с членами их семей и значимыми лицами. Необходимо помочь окружающим понять их неправильное отношение к суициденту и оценить факт суицидальной попытки. Иногда следует рассмотреть возможности изменения занятий пострадавшего, посильно способствовать освобождению от доминирования родителей путём расширения его социальных контактов; наконец, крайне существенно активизировать пациента в профессиональной деятельности.

Психокоррекционная работа с суицидентами постоянно учты-

вает некоторые личностные особенности и наиболее уязвимые черты, свойственные этому контингенту. Одной из них является повышенная потребность в эмоциональной близости и зависимость от любовного партнёра, когда собственное «я» растворяется и воспринимается пациентами лишь в паре: «я—он» («я—она»). Поэтому необходимо сосредоточить внимание на изменении самооценки пациента, касающемся не столько её повышения, ибо в традиционном смысле она не занижена, сколько вычленения «я» из обязательной для него пары «я—возлюбленный». Психотерапевтические приёмы строятся на утверждении ценности собственной личности суицидента для самого себя и других значимых лиц. Это связано с коррекцией всей системы ценностей пациента.

Другой чертой, свойственной рассматриваемой группе, являлась повышенная напряжённость потребностей, выражаящаяся в необходимости непременного достижения поставленной цели. При длительной конфликтной ситуации психологическое напряжение становится невыносимым и требует разрядки, что способствует принятию решения о пути преодоления кризиса путём суицида. В этих случаях одной из задач психотерапии является выработка адекватных способов отреагирования на ситуацию вновь возникающего психологического напряжения. В соответствии с характерологическими особенностями, она заключалась в изыскании совместно с психотерапевтом возможностей проявления иной личностной активности в ситуации конфликта. Это нередко достигалось снятием её неопределённости, а следовательно и возможностью принятия однозначного решения. Одновременно следует пытаться сформировать у пациента компенсаторные механизмы, позволяющие снизить напряжённость потребностей. В психотерапии суицидентов весьма важно создание способов уменьшения стресса на психологическом уровне. Эта весьма трудоёмкая задача в каждом случае решается индивидуально, включает коррекцию системы ценностей, изменение самооценки и формирование черт характера, способствующих «защите» собственной личности в ситуации жизненного кризиса.

Последствия интоксикации после суициdalной попытки в виде астений, сниженного настроения, бессонницы могут вызвать необходимость применения транквилизаторов и антидепрессантов широкого спектра действия в малых дозах. Пациенты, однако, нередко отказываются от приёма «таблеток», так как после отравления медикаментами многие из них испытывают страх и отвращение к лекарствам. Устранение такого явления — одна из частных задач психотерапии.

3. Метод определения риска суицидальности

Выявленные характеристики, свойственные суицидентам, позволили составить карту риска суицидальности. Карта предназначена для определения риска совершения суицида и степени такого риска у лиц, оказавшихся в тяжёлых жизненных ситуациях. Она способствует и выявлению риска совершения повторной суициdalной попытки. Применение карты правомерно при исследовании пациентов с имевшимися в анамнезе острыми аффективными реакциями на фоне акцентуации характера, а также при установлении риска суицида лиц без выраженной характерологической патологии в условиях жизненного кризиса.

В карту включен 31 фактор риска суицида, наличие каждого из которых необходимо выявить у исследуемого. Её заполняет психотерапевт или психолог, хорошо знакомый с анамнезом и личностью пациента на основании свободной беседы с ним. При заполнении карты следует исходить не из субъективной оценки себя пациентом, а из впечатлений врача или психолога, полученных во время тщательного изучения анамнеза.

После выявления всех параметров, каждому из них приписывается условный «вес» в соответствии с табл. 2. Так, большинство параметров (8; 9; 11—31) при их наличии у исследуемого лица оценивается баллом «1». Некоторые, наиболее значимые факторы анамнеза — баллами «2» (5—7) и «3» (1—4; 10). В случае неявной выраженности какого-либо свойства ему приписывается «вес», равный половине от «1», «2» или «3». При отсутствии любого из 31 параметра он оценивается баллом «—0,5». Невыявленными по разным причинам могут быть не более 2—3 факторов. Их «вес» равен нулю. Нулю оцениваются также характеристики 7 и 10 лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год).

Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,86 — риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется в пределах от 8,86 до 15,48, то имеется риск совершения суициdalной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15,48, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства, значителен риск её повтора. Указанные цифры «критического значения» риска суицида ($q = 5\%$) используются при работе с суицидентами и пациентами, вызывающими опасения в плане совершения ими суициdalной попытки на основании клинико-психологического исследования.

вает некоторые личностные особенности и наиболее уязвимые черты, свойственные этому контингенту. Одной из них является повышенная потребность в эмоциональной близости и зависимость от любовного партнёра, когда собственное «я» растворяется и воспринимается пациентами лишь в паре: «я—он» («я—она»). Поэтому необходимо сосредоточить внимание на изменении самооценки пациента, касающемся не столько её повышения, ибо в традиционном смысле она не занижена, сколько вычленения «я» из обязательной для него пары «я—возлюбленный». Психотерапевтические приёмы строятся на утверждении ценности собственной личности суицидента для самого себя и других значимых лиц. Это связано с коррекцией всей системы ценностей пациента.

Другой чертой, свойственной рассматриваемой группе, являлась повышенная напряжённость потребностей, выражаящаяся в необходимости непременного достижения поставленной цели. При длительной конфликтной ситуации психологическое напряжение становится невыносимым и требует разрядки, что способствует принятию решения о пути преодоления кризиса путём суицида. В этих случаях одной из задач психотерапии является выработка адекватных способов отреагирования на ситуацию вновь возникающего психологического напряжения. В соответствии с характерологическими особенностями, она заключалась в изыскании совместно с психотерапевтом возможностей проявления иной личностной активности в ситуации конфликта. Это нередко достигалось снятием её неопределённости, а следовательно и возможностью принятия однозначного решения. Одновременно следует пытаться сформировать у пациента компенсаторные механизмы, позволяющие снизить напряжённость потребностей. В психотерапии суицидентов весьма важно создание способов уменьшения стресса на психологическом уровне. Эта весьма трудоёмкая задача в каждом случае решается индивидуально, включает коррекцию системы ценностей, изменение самооценки и формирование черт характера, способствующих «защите» собственной личности в ситуации жизненного кризиса.

Последствия интоксикации после суициdalной попытки в виде астений, сниженного настроения, бессонницы могут вызвать необходимость применения транквилизаторов и антидепрессантов широкого спектра действия в малых дозах. Пациенты, однако, нередко отказываются от приёма «таблеток», так как после отравления медикаментами многие из них испытывают страх и отвращение к лекарствам. Устранение такого явления — одна из частных задач психотерапии.

3. Метод определения риска суицидальности

Выявленные характеристики, свойственные суицидентам, позволили составить карту риска суицидальности. Карта предназначена для определения риска совершения суицида и степени такого риска у лиц, оказавшихся в тяжёлых жизненных ситуациях. Она способствует и выявлению риска совершения повторной суициdalной попытки. Применение карты правомерно при исследовании пациентов с имевшимися в анамнезе острыми аффективными реакциями на фоне акцентуации характера, а также при установлении риска суицида лиц без выраженной характерологической патологии в условиях жизненного кризиса.

В карту включен 31 фактор риска суицида, наличие каждого из которых необходимо выявить у исследуемого. Её заполняет психотерапевт или психолог, хорошо знакомый с анамнезом и личностью пациента на основании свободной беседы с ним. При заполнении карты следует исходить не из субъективной оценки себя пациентом, а из впечатлений врача или психолога, полученных во время тщательного изучения анамнеза.

После выявления всех параметров, каждому из них приписывается условный «вес» в соответствии с табл. 2. Так, большинство параметров (8; 9; 11—31) при их наличии у исследуемого лица оценивается баллом «1». Некоторые, наиболее значимые факторы анамнеза — баллами «2» (5—7) и «3» (1—4; 10). В случае неявной выраженности какого-либо свойства ему приписывается «вес», равный половине от «1», «2» или «3». При отсутствии любого из 31 параметра он оценивается баллом «—0,5». Невыявленными по разным причинам могут быть не более 2—3 факторов. Их «вес» равен нулю. Нулю оцениваются также характеристики 7 и 10 лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год).

Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,86 — риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется в пределах от 8,86 до 15,48, то имеется риск совершения суициdalной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15,48, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства, значителен риск её повтора. Указанные цифры «критического значения» риска суицида ($q = 5\%$) используются при работе с суицидентами и пациентами, вызывающими опасения в плане совершения ими суициdalной попытки на основании клинико-психологического исследования.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Для правильного определения степени риска суицида необходимо точно соблюдать все указанные условия.

Таблица 2
«Вес» фактора риска суицида в зависимости от его наличия, выраженности и значимости.

Характеристика наличия фактора	Номера факторов		
	8; 9; 11—31	5—7	1—4; 10
Отсутствует	— 0,5	— 0,5	— 0,5
Слабо выражен	+ 0,5	+ 1,0	+ 1,5
Присутствует	+ 1,0	+ 2,0	+ 3,0
Наличие не выявлено	0	0	0

Факторы риска суицидальности

1. Данные анамнеза

1. Возраст первой суицидальной попытки — до 20 лет.
2. Ранее имела место суицидальная попытка.
3. Суицидальные попытки у родственников.
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).
5. Недостаток тепла в семье в детстве или юношестве.
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
7. Начало половой жизни — 20 лет и ранее.
8. Ведущее место в системе ценностей принадлежит любовным отношениям.
9. Производственная сфера не играет важной роли в системе ценностей.
10. В анамнезе имел место развод.

2. Актуальная конфликтная ситуация

11. Ситуация неопределённости, ожидания.
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений.
13. Продолжительный конфликт.
14. Подобный конфликт имел место ранее.
15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.
16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.
17. Чувство обиды, жалости к себе.
18. Чувство усталости, бессилия.
19. Суицидальные высказывания, угрозы суицида.

3. Характеристика личности

20. Эмоциональная лабильность.
21. Импульсивность.
22. Эмоциональная зависимость, необходимость чрезвычайно близких эмоциональных контактов.
23. Доверчивость.
24. Эмоциональная вязкость, ригидность аффекта.
25. Болезненное самолюбие.
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.
27. Напряжённость потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности).
28. Настойчивость.
29. Решительность.
30. Бескомпромиссность.
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустирующих факторов.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Характеристика ситуационных суицидальных действий и лиц, их совершивших.
2. Психокоррекционная работа.
3. Метод определения риска суицидальности.
Приложение. Факторы риска суицидальности.