



ЛЕКЦИЯ 12. ПТ СУИЦИДАЛЬНОГО КЛИЕНТА

ОГЛАВЛЕНИЕ

Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь и пав)	3
Как «намерение умереть» проявляется через личностные особенности	3
Самооценка генерализованного типа привязанности. (Bartholomew, Horowitz, 1991)	3
Факторы раннего отрицательного психосоциального опыта, формирующие антивитальную установку	4
Четыре типа гамартической антивитальной программы у алкоголиков	4
Психотерапия интроектов	5
Психотерапия интроектов: ОТЦОВСКИЕ ИНТРОЕКТЫ	5
Психотерапия интроектов: МАТЕРИНСКИЕ ИНТРОЕКТЫ	5
Репарентинг	5
Психотерапия интроектов: Терапия «голосов»	6
Выводы и следствия для психотерапии	6
Диагностика суицидального риска	7
Диагностика немедленного суицидального риска	7
Признаки острого суицидального риска у подростков	7
Суицидальный психический статус (описание)	7
Диагностика возможного суицидального риска	7
Геннограмма	8
Эпискрипт	9
Провитальное терапевтическое интервью	10
Психотерапия суицидального клиента	11
Этапы психотерапии	11
Мишени психотерапии	11
В ходе неотложной помощи (интервенция)	11

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь И ПАВ).

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



В ходе плановой помощи (превенция и поственция)	11
Вмешательство в остром периоде	12
Укрепление границ и контроля «Я»	12
Суицид состоялся: пациент остался жив	13
Определение кризиса и кризисное вмешательство	13
Помощь лицам с психотическими расстройствами (психотическая и пограничная личностная структура)	14
Внутристационарные суициды	14
Постсуицидальный период	15
Четыре типа постсуицидальных состояний	15
Среднесрочная и долгосрочная психотерапия аутоагрессивного поведения	16
Сценарный анализ «Не живи»	16
Метод трансферентного излечения или «терапевт в кармане»	16
Что такое «провитальная психотерапия»	16
Самопроекция оптимистического будущего	17
Инсайт (по поводу смерти) - ориентированная ПТ	17



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:

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



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

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.

Бартоломью 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 (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 интернализованной 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.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



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)

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, не прямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

ДИАГНОСТИКА НЕМЕДЛЕННОГО СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Диагностика суицидального психического статуса

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 вычленивать 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

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



- 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

ГЕНОГРАММА

Генограмма алкогольного сценария

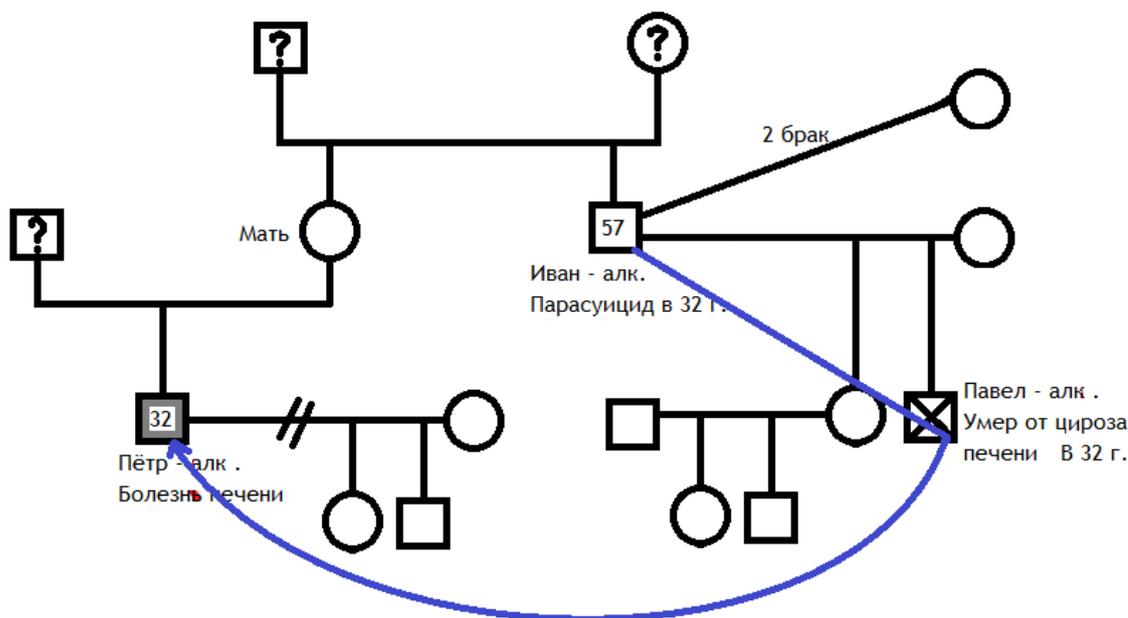


Рисунок 2.3.



ЭПИСКРИПТ

Из статьи [д.л. 23]



Рисунок 2.4.

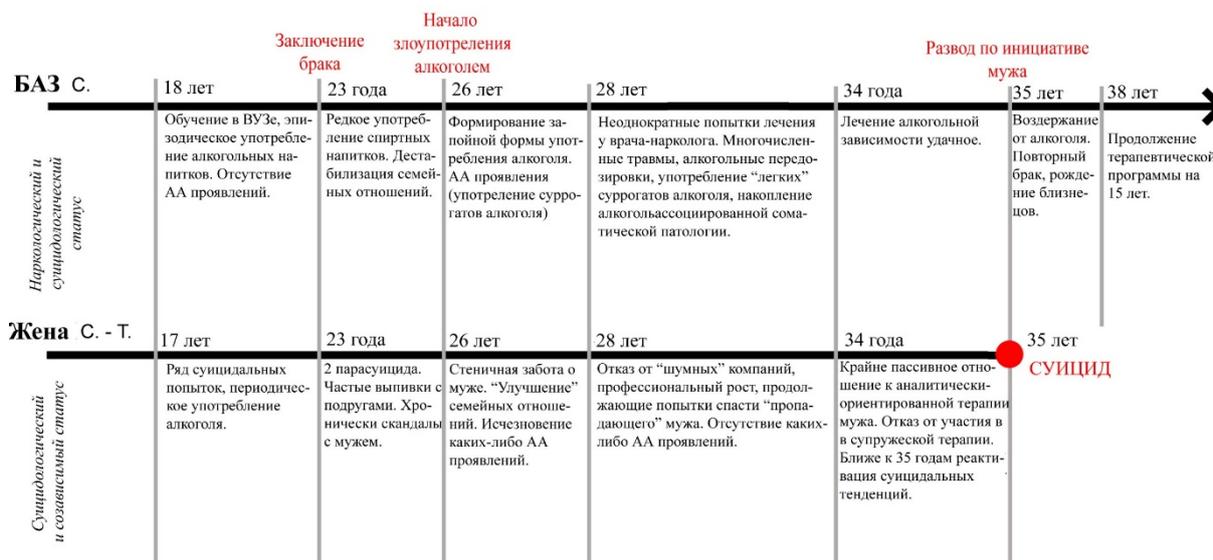


Рисунок 2.5.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



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?



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

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



- Траур и прощение

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 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

ВНУТРИСТАЦИОНАРНЫЕ СУИЦИДЫ

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



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

К ним относятся:

- недостаточный внутриведомственный 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, спрыгнув с моста, он вдруг явственно слышит в голове голос терапевта «Не прыгай!» и отказывается от суицидального намерения.

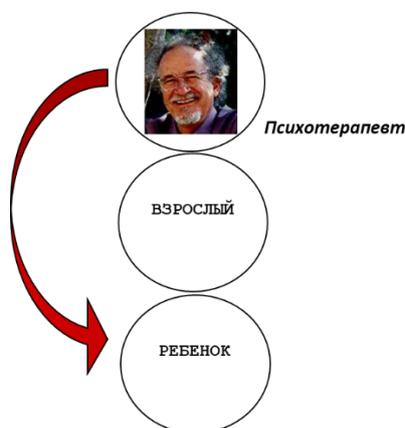


Рисунок 4.1.

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:

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, не прямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



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.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 12. Личность суицидента, суицидальный риск, непрямой суицид (алкоголь И ПАВ).

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

2019 год.



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 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]