

Подходы к помощи суицидентам (Трунов Д.Г., 2013)

	<i>Оптимистический подход</i>	<i>Эмпатический подход</i>
Проблема	Суицидальная активность	Кризисное состояние
Парадигма	Когнитивно-поведенческая	Экзистенциально-гуманистическая
Цель	Изменение мыслей и поведения человека	Понимание внутреннего мира человека
Задачи	Избавление человека от суицидальных мыслей, любыми способами. Замена негативных установок позитивными. Спасение человека: он должен уйти с явным желанием жить	Найти с человеком контакт. Помочь ему рассказать о своих мыслях. Принять и понять его отношение к себе и к миру. Быть рядом с ним в трудный и ответственный момент его жизни
Средства	Переориентация, переубеждение, манипулирование, отвлечение от неприятных мыслей, развлечение, подбадривание	Рефлексивное слушание, эмпатические высказывания, обсуждение запретных тем с негативным содержанием
Ответственность	Консультант берет на себя ответственность за выбор клиента между жизнью и смертью, а значит и за результаты беседы с клиентом	Консультант предоставляет клиенту право выбора между жизнью и смертью, однако он берет ответственность за процесс беседы и установление контакта
Использование	Может использоваться во всех антисуицидальных стратегиях: превенции, интервенции и поственции	Как самостоятельный подход используется в превенции и поственции. В интервенции используется в сочетании с оптимистическим подходом
Ограничения	В тяжелой кризисной ситуации и/или при наличии отягощающих «фоновых» факторов — эффективен только в сочетании с эмпатическим подходом.	Помощь детям и подросткам едва ли может обойтись без сопутствующего оптимистического подхода.

Рефлексивная обратная связь от консультанта должна учитывать, с одной стороны, принцип принятия и эмпатического понимания клиента, а с другой — принцип искренности.

Растерянность (*Что мне делать? Я не в силах чем-либо помочь*) — связано с отсутствием у консультанта достаточного профессионального опыта и психологической готовности к разговору о суициде.

"Для меня ваши слова были очень неожиданными. Предлагаю не спешить и поговорить о вашем состоянии".

Неприятие (*Неужели можно быть настолько слабовольным, чтобы видеть в этом единственный выход?*) — отражает личные установки консультанта; также может быть связан с его беспомощностью.

"Мне очень трудно принять эту идею. Возможно, она вызвана у вас крайним отчаянием".

Беспомощность (*Эта ситуация безвыходна — как я могу убедить его не делать этого?*) — возникает из-за обилия предъявленных клиентом проблем и событий, в которых консультант начинает теряться.

"Действительно появляется ощущение какого-то тупика. Давайте начнем постепенно выбираться из него".

Усталость (*Еще один длинный и трудный разговор...*) — возникает в силу нежелания вести разговор и испытывать неприятные эмоции, связанные с необходимостью вовлекаться в кризисные переживания.

"Думаю, нам предстоит нелегкий, но очень важный разговор".

Страх (Что если он все равно сделает это?) — естественное чувство, связанное с ограниченными возможностями консультанта.

"Я очень тревожусь за ваше состояние. Я не совсем уверен в устойчивости вашего состояния".

Подозрения (Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня) — часто появляются в силу преуменьшения важности и глубины чувств другого человека.

"Мне кажется, что для вас очень важно, как к вашей возможной смерти относятся окружающие, насколько серьезно они вас воспринимают".

Лояльность (Если человек хочет убить себя, вряд ли кто-то вправе остановить его) — возникает в силу мировоззренческих установок консультанта или его бессилия перед ситуацией.

"Мне трудно переубедить вас не делать этого, но будет очень жаль, если это произойдет".

Согласие (В такой ситуации я сделал бы то же самое) — возможно проявление суицидальных тенденций самого консультанта.

"Возможно, это действительно один из способов решения всех проблем, но у меня есть подозрения, что ни вы, ни я не замечаем чего-то важного, что мы слишком рано капитулируем".

Прогрессирующий суицид («суицид в ходу»).

1. Спросите, есть ли там еще кто-нибудь.
2. Наблюдайте за энергетическим уровнем (не падайте вместе с абонентом).
3. Внимательно собирайте информацию! Не забрасывайте абонента вопросами.
4. Спросите: «Какая часть в Вас хочет жить?»
5. Спросите: «Что Вы хотите сказать своей смертью? Кому?»

Омер Х., Элитцур А., Орбах И. Что Вы скажете человеку на крыше? (Текст для предотвращения самоубийства) (www.pobedish.ru).



Ефремов В.С. Оставшиеся в живых: работа с суицидентом. – СПб.: ИЦ «Гуманитарная Академия», 2018. – 272 с.

Своевременность обсуждения с клиентом вопросов, касающихся суицидальности.

Нежелание клиента обсуждать переживания, связанные с суицидом.

Обходные зоны контакта:

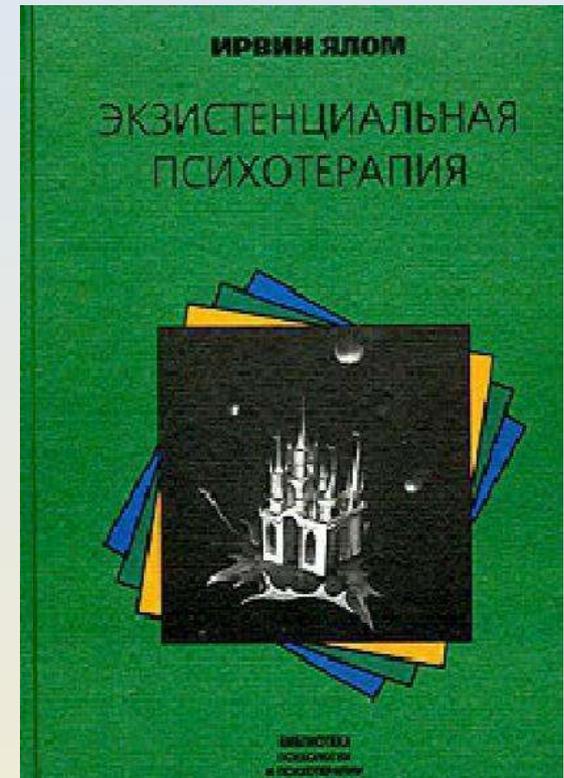
- вопросы о самочувствии и соматическом состоянии;
- выявление и уточнение характера психопатологических переживаний;
- беседа о социально-психологической ситуации.

Значение антисуицидального контракта (договора).

От одной трети до половины антисуицидальных контрактов в дальнейшем сопровождались попытками совершить самоубийство, поэтому их значение для предотвращения суицидов невелико (Resnick Ph.J., 2002).

Показания для госпитализации суицидентов и роль психофармакотерапии.

Одним из наиболее эффективных методов оказания психологической помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением считается **экзистенциальная психотерапия**, которая фокусируется на базисных проблемах существования человека (смерть, свобода, одиночество, бессмысленность жизни и др.).



Экзистенциальный подход наиболее эффективен в помощи людям:

- попавшим в жизненные кризисы;
- столкнувшимся с исключительными обстоятельствами жизни;
- при переживании бессмысленности, пустоты жизни;
- при суицидальных намерениях;
- резких изменениях в жизни (потеря работы, выход на пенсию, личные и профессиональные неудачи);
- потере близких людей;
- несчастных случаях;
- тяжелых заболеваниях.

Основное положение, которым руководствуются
экзистенциальные психотерапевты:

*«качество жизни человека и психическое здоровье зависят
от его мировоззрения, в том числе от иерархии жизненных
ценностей»*

Опросник ценностей жизни (Jacobsen B., 2008)

- a) достигнуть чего-либо на работе()
- b) иметь хорошие материальные условия()
- c) иметь хорошую семейную жизнь()
- d) иметь жизнь, полную событий со многими
разными типами переживаний (музыка, природа,
путешествия, искусство, дружба и т.д.()
- e) внести вклад в общество, так, чтобы мир стал
хотя бы чуть-чуть лучше()
- f) жить в соответствии с великой
религиозной или духовной идеей()
- g) быть свободным от серьезных болезней или несчастий()
- h) гармонично развиваться в соответствии с внутренним «я»()
- i) развиваться интеллектуально и получать новые знания()
- j) значить что-то для других людей и помогать другим()
- k) принять свою судьбу с достоинством()

Литература по экзистенциальной психотерапии:

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Независимая фирма "Класс", 1999. - 685 с.

Ялом И. Дар психотерапии / Пер. с англ. Ф. Прокофьева. — М.: Изд-во Эксмо, 2011. — 352 с. — (Практическая психотерапия).

Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. Пер. с англ. - СПб., 2000.

Ялом И. Вглядываясь в солнце: Жизнь без страха смерти . — М.: Эксмо, 2012. — 352 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва, Прогресс, 1990 г.

Ландау Б. Жажда смысла. – Москва: АСТ, 2017. – 352 с.

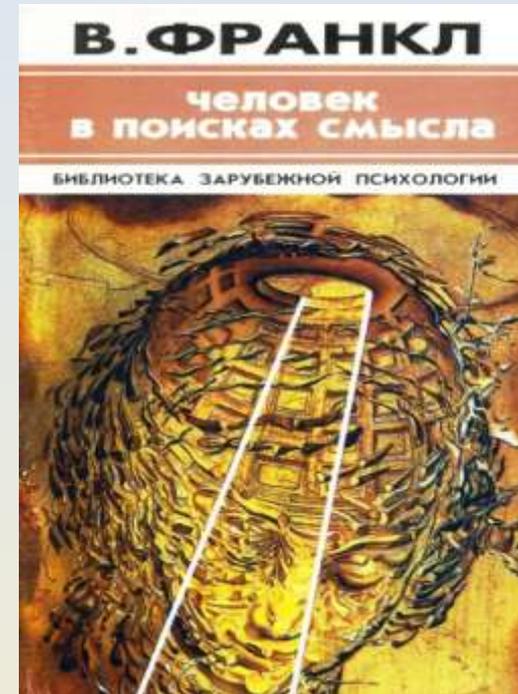
Летуновский В.В. В поисках настоящего: экзистенциальная терапия и экзистенциальный анализ . — Ростов н/Д : Феникс, 2014. — 379, [1] с.

Лэнгле А. Дотянуться до жизни... Экзистенциальный анализ депрессии: Пер.с нем./ Предисловие А.С. Баранникова. — М.: Генезис, 2010. — 128 с.

Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение — М.; Институт Общегуманитарных Исследований, 2007 — 176 с.

Главные смыслообразующие факторы (В.Франкл):

- гедонизм
- самореализация
- альтруизм
- творчество



Альбер Камю
(1913-1960)

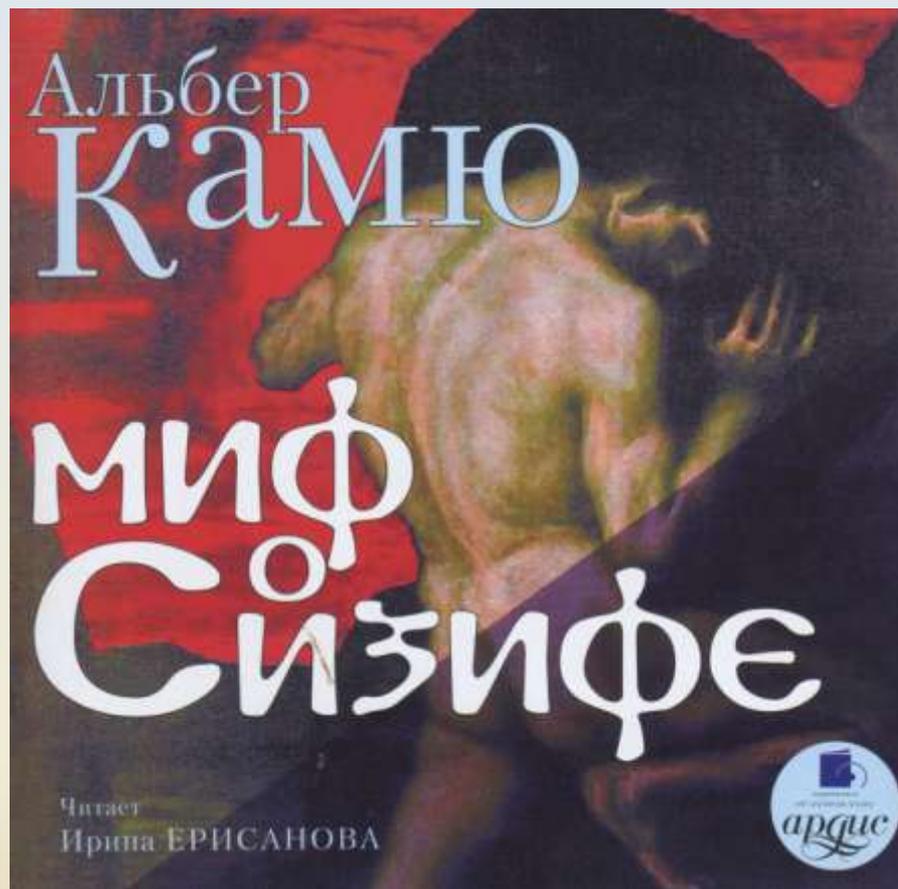
Повести:

«Посторонний»,

«Падение»

Эссе: «Миф о Сизифе»

Рассказы



Видео на ю-тубе:

*Дмитрий
Алексеевич
Леонтьев*



Римас Кочюнас



Позитивная психотерапия

Чиксентмихайи М. В поисках потока: Психология включенности в повседневность / Пер. с англ. — М.: Альпина нонфикшн, 2012. — 194с.

Чиксентмихайи М. Поток: Психология оптимального переживания. Пер. с англ. — 3-е изд. — М.: Смысл; Альпина нон-фикшн, 2013. — 461 с.

Упражнения для усиления позитивного настроения.

5 особенностей Вашей личности, которыми Вы довольны.

5 частей Вашего тела или функций организма, которыми Вы довольны.

10 лучших событий в Вашей жизни.

3 хороших события за сегодняшний день.

Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. 2000.

Оставшимся в живых нужны
поддержка и понимание



Суицидальное поведение у лиц с депрессивными расстройствами

Данные Американской суицидологической ассоциации:

- каждый одиннадцатый больной депрессией умирает от суицида
- риск самоубийства среди пациентов с депрессией в 20 раз выше, чем в общей популяции
- при биполярном аффективном расстройстве – в 48 раз
- при шизофрении – в 32 раза

Депрессия в системе первичной медицинской помощи.

Встречается в практике первичной медицинской помощи столь же часто, как инфекции верхних дыхательных путей и гипертензия.

Осложняет течение соматического заболевания посредством ряда возможных механизмов:

- усиление (преувеличение) боли;
- нарушение строгого соблюдения рекомендаций;
- снижение социальной поддержки;
- дисрегуляция гуморальной и иммунной систем.

**14 мая 2018 г. Комитет Госдумы по охране здоровья.
Заседание «круглого стола» на тему «Законодательное регулирование охраны психического здоровья населения РФ» .**

К кому обращаются за помощью при депрессии?

Психолог – в настоящее время 35% (40%)

*Психолог + врач-психиатр
или врач-психотерапевт – 5% (25%)*

Врач-психотерапевт – 20% (20%)

Врач иной специальности – 2% (10%)

Врач-психиатр – 15% (4%)

«Альтернативные специалисты» – 23% (1%)

Депрессия в системе первичной медицинской помощи.

Встречается в практике первичной медицинской помощи столь же часто, как инфекции верхних дыхательных путей и гипертензия.

Осложняет течение соматического заболевания посредством ряда возможных механизмов:

- усиление (преувеличение) боли;
- нарушение строгого соблюдения рекомендаций;
- снижение социальной поддержки;
- дисрегуляция гуморальной и иммунной систем.

**14 мая 2018 г. Комитет Госдумы по охране здоровья.
Заседание «круглого стола» на тему «Законодательное регулирование охраны психического здоровья населения РФ» .**

Депрессия меланхолического типа («эндогенная депрессия»)

Пациент, помимо того что удовлетворяет критериям большой депрессии, должен страдать хотя бы тремя нарушениями из следующих:

- 1) раннее утреннее пробуждение;
- 2) депрессия сильнее выражена в утренние часы;
- 3) отчетливые психомоторная заторможенность или возбуждение;
- 4) значительное снижение аппетита и веса;
- 5) неадекватное чувство вины
- 6) суицидные мысли.



У больных депрессией риск суицида повышают тяжесть и продолжительность фазы, наличие тревоги и, особенно, деперсонализации, длительная бессонница, одиночество или отчужденность в семье, утрата работы и изменение жизненного уклада, попытка самоубийства в прошлом или суициды у родственников.

Для психотерапевтической коррекции важно уточнить мотивацию суицидального поведения при депрессии.

Суицидальное поведение у больных шизофренией

При **шизофрении** суицид является главной причиной смерти больных всех возрастов.

Сама по себе **терапия антипсихотиками**, показанная многим больным шизофренией на протяжении всей жизни, таит в себе опасность совершения самоубийства по причине тягостных, трудно корригируемых побочных эффектов, в том числе и депрессии.

Характерны необычные, порой жестокие способы суицидов.

При хронических психических заболеваниях преобладают суициды, а в группе больных с пограничными психическими расстройствами - суицидальные попытки.

Варианты суицидального поведения при шизофрении (Ефремов В.С., 2005).

- 1. Манифестный.** Является первым явным проявлением душевного заболевания. До этого болезнь протекает скрытно, как бы «за занавесом», при этом даже заметные особенности поведения заболевшего окружающие не расценивают как проявления психического расстройства. Самоубийству способствуют переживание собственной измененности, ожидание чего-то неопределенного, периодическое непонимание окружающего.
- 2. Психогенный.** Примерно 2/3 больных совершают попытки по вполне реальным мотивам.
- 3. Бредовый.** Угроза жизни, несправедливое отношение, крайне неприятное содержание «голосов» заставляют больных прибегать к суициду.
- 4. Аутистически-мировоззренческий.** Нарушения мышления, резонерские и аутистические построения могут обусловить формирование своеобразной «утраты смысла жизни».