

Геннадий Владимирович Старшенбаум

СУИЦИДОЛОГИЯ И КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ



Серия: Клиническая психология
Издательство: Когито-Центр
2005 г.

Самоубийство — одна из наиболее сложных проблем, стоящих перед теми, кто профессионально занимается помощью другим людям. Редко бывает, чтобы врач или психолог, работник службы спасения или педагог не столкнулись в своей работе с необходимостью остановить суицидента. К сожалению, очень трудно избежать трагических ошибок без достаточной подготовки...

В предлагаемом читателю руководстве впервые в отечественной литературе обобщены теоретические, методические и организационные вопросы суицидологии и кризисной терапии. Приведена классификация суицидоопасных реакций в норме и патологии, дан анализ клинических случаев, изложена авторская программа кризисной терапии.

Книга будет полезна и опытным клиницистам, и начинающим врачам, а также психологам, социальным работникам и всем интересующимся и изучающим проблемы суицидологии.

ВВЕДЕНИЕ

- Основные теоретические подходы
 1. РЕПРЕССИВНЫЙ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ
 2. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
 4. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
 5. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
 6. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД
- Организационные аспекты суицидологии
 1. ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
 2. КАБИНЕТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
 3. КАБИНЕТ СУИЦИДОЛОГА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
 4. КРИЗИСНЫЙ СТАЦИОНАР
 5. НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СЕКТОР СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
- Методические аспекты кризисной терапии
 1. СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
 2. ПРИНЦИПЫ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ
 3. ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ
- Авторская программа кризисной терапии

1. [ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ](#)
2. [ГРУППОВАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ](#)
3. [СЕМЕЙНАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ](#)
4. [ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ](#)
- [Реакция на тяжелый стресс](#)
 1. [ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС](#)
 2. [ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО \(ПТСР\)](#)
 3. [СУИЦИДООПАСНЫЕ РЕАКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИИ](#)
 4. [НЕВРОТИЧЕСКИЕ СУИЦИДООПАСНЫЕ РЕАКЦИИ](#)
 5. [ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ СУИЦИДООПАСНЫЕ РЕАКЦИИ](#)
- [Реакция на тяжелый стресс](#)
 1. [ОДИНОЧЕСТВО](#)
- [Психогенная депрессия](#)
 1. [РЕАКЦИЯ ГОРЯ](#)
 2. [КОНФЛИКТ ЗАВИСИМЫХ ОТНОШЕНИЙ](#)
- [Эндогенная депрессия](#)
 1. [ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ДЕПРЕССИИ](#)
 2. [ПРОИСХОЖДЕНИЕ](#)
 3. [ТЕРАПИЯ](#)
- [Суициды у бредовых больных и больных шизофренией](#)
 1. [ПАРАНОИДНЫЕ СИНДРОМЫ](#)
 2. [КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ](#)
 3. [СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ](#)
 4. [ТЕРАПИЯ](#)
- [Аддиктивные аспекты суицидологии](#)
 1. [ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ АДДИКТА](#)
 2. [ХИМИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И СУИЦИД](#)
 3. [НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ](#)
- [Суицидальный синдром в соматической клинике](#)
 1. [СОМАТОГЕНИИ](#)
 2. [ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ](#)
 3. [СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ](#)
 4. [БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ](#)
 5. [ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА](#)
 6. [РАК И СПИД](#)
- [Возрастные аспекты суицидологии](#)
 1. [СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ](#)
 2. [СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ](#)
- [ЛИТЕРАТУРА](#)

*Незабвенной Айне Григорьевне Амбрумовой и всем сотрудникам Суицидологического центра
с любовью*

ВВЕДЕНИЕ

*С каждой смертью меня становится все меньше и меньше,
ибо я один с человечеством, а потому никогда не спрашивай, по ком звонит колокол:
он звонит по тебе.
Джон Донн*

Пока вы читали этот эпиграф, кто-то на земле покончил с собой. И так каждую минуту. За день в мире убивают себя 2300 человек, за год — 800 тысяч человек. По различным данным, еще от 8 до 30 миллионов людей неудачно покушаются на свою жизнь. При этом каждый второй, пытавшийся покончить с собой, в течение года повторяет свою попытку, обычно в более тяжелой форме. Каждый третий покончивший с собой совершал суицидную попытку в прошлом. Попытки самоубийства совершают в основном люди психически здоровые, находящиеся в трудоспособном возрасте. Суициденты в случае смертельного исхода оставляют своих детей без родителей, наносят глубокую травму своим родным и близким. Незавершенные суициды нередко ведут к инвалидизации.

Чаще всего самоубийства совершают одинокие, разведенные и овдовевшие мужчины — в четыре раза чаще, чем женщины; зато женщины в два раза чаще совершают суицидальные попытки (как саркастически подметил Жорж Клемансо: «Женщины живут дольше мужчин, особенно вдовы»). Впрочем, молодые мужчины, как и женщины, тоже чаще прибегают к незавершенным попыткам самоубийства, одним из ведущих мотивов которых служит призыв о помощи. Наиболее высокий уровень самоубийств обнаруживается среди врачей, особенно женщин — психиатров, анестезиологов, стоматологов, а также психологов, учителей и адвокатов. Для мужчин-врачей показатель самоубийств вдвое превышает среднестатистический. Женщины-врачи и женщины-психологи совершают самоубийства в три раза чаще, чем представительницы общей популяции. Вполне возможно, что причиной суицида у этих людей служит не столько специфика работы, сколько определенные особенности личности, обусловившие выбор профессии, в частности, недостаточная самооценка, склонность к депрессии и аддиктивному поведению.

Особенно характерны самоубийства для развитых стран, где они занимают третье место (после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) среди причин смерти наиболее работоспособного населения — между 15 и 45 годами. По результатам массовых обследований, в США суицидальные мысли выявлены у 16% опрошенных; 3% из них в прошлом пытались покончить с собой. Меньше всего самоубийств совершается в странах с низки уровнем жизни, но с высоким уровнем убийств, например, в странах Латинской Америки. Известно также, что уровень суицидов в нации падает в периоды войн, когда поощряется убийство врагов. Это наводит на мысль, что суицид связан не столько с материальными трудностями, сколько с наличием в культуре запрета на внешнее проявление агрессии.

Увеличение числа самоубийств в мире связывают с быстрым распространением депрессий, часть из которых протекает в скрытой форме и не сразу распознается. Это психическое расстройство обходится Соединенным Штатам в сумму 44 миллиарда долларов в год, затрачиваемых на медицинские расходы, невыходы на работу и утрату работоспособности. Если в 1990 г. депрессия занимала четвертое место среди заболеваний, приводящих к инвалидности, то к 2020 г. она выйдет на второе место после ишемической болезни сердца. В настоящее время депрессией страдает полмиллиарда человек, каждый третий перенес в своей жизни хотя бы один депрессивный приступ, а к концу текущего века по прогнозам экспертов это будет уже каждый житель Европы.

В России до революции распространенность самоубийств была самой низкой в Европе — три самоубийства на 100 тыс. жителей в год. В 1998-1999 гг. показатель уровня самоубийств в стране составил 38 на 100 тыс. жителей. Мы вышли по этому параметру на второе место в мире (на первом месте — Литва, где на 100 тыс. человек приходится 46 самоубийств). Российские показатели в 3-4 раза превышают среднемировые (10-20 самоубийств на 100 тыс. населения в год, в США — 11, в Великобритании — 9). Каждый год кончают жизнь самоубийством 50 тысяч россиян. Только за 90-е годы страна потеряла полмиллиона человек. Для сравнения: за 10 лет войны в Афганистане погибли 14 тысяч военнослужащих, а покончили с собой лишь в 1990 г. 5 тысяч солдат и офицеров.

Самоубийства в Москве совершаются в четыре раза чаще, чем в Лондоне и Нью-Йорке, и в два раза чаще, чем в Берлине, который до недавнего времени считался мировой столицей самоубийств. В 1996 г. 4165 москвичей пытались отравиться, 3979 человек вскрывали себе вены, 772 человека обливали себя бензином и поджигали, 93 человека стрелялись. В 1997 г. число суицидных попыток в Москве составило уже 12 тысяч (33 попытки ежедневно), успешных — 1300. В сентябре-октябре 1998 г. по сравнению с теми же месяцами предыдущего года количество самоубийств увеличилось почти в пять раз, в среднем каждый день кончали с собой в Москве 18 человек. В Санкт-Петербурге за 90-е годы число самоубийств увеличилось в 1,5 раза и в 1999 г. составило 900 (из 2700 зарегистрированных суицидных попыток).

Отношение общества к самоубийству неоднозначно. С позиции культа силы, широко распространенной в современном обществе, неполноценный человек не должен обременять других. С точки зрения ложного гуманизма,

поскольку человек имеет право на добровольный уход из жизни, необходимо организовать ему квалифицированное содействие в этом. Половина из опрошенных американских специалистов по СПИДу помогали своим пациентам совершить суицид, прописав им смертельную дозу наркотиков. Американский врач-патологоанатом Джек Кеворкян, известный как «Доктор Смерть», проводил на тот свет более 130 человек, просивших его о помощи в безболезненном уходе из жизни (эвтаназии). Его деятельность породила множество споров. И пока американцы спорят, в Колумбии и Нидерландах помощь в самоубийстве уже узаконена.

Большинство людей склоняются к тому, что смертельно больной человек имеет право на эвтаназию. Однако у ряда больных желание умереть появляется под влиянием соматогенной депрессии. Кроме того, они испытывают воздействие социальных и психологических стрессов, не

хотят обременять близких и общество, которое по умолчанию одобряет альтруистический суицид. Виктор Франкл пишет: «Многие считают, что врач, который в случае имевшей место попытки самоубийства осуществляет терапевтическое вмешательство, пытается взять на себя роль судьбы, вместо того, чтобы предоставить ей свободу. На это мы можем лишь возразить: если бы судьбе было угодно дать умереть уставшему от жизни человеку, у нее нашлись бы средства и пути, чтобы врачебное вмешательство пришло слишком поздно. А пока живущий успевает вовремя попасть в руки врача, врач должен действовать как целитель и ни в коем случае не играть роли судьи, решающего в соответствии со своим личным мировоззрением, жить или не жить больному» (Франкл, 1999, с. 44).

Распространенными среди населения являются следующие ложные представления о самоубийстве. Те, кто много говорит о самоубийстве, якобы редко его совершают (хотя большинство самоубийц перед смертью делились своими горестями и намерениями; 40% из них в течение последней недели перед суицидом обращались к врачу или психологу). Самоубийство всегда совершается внезапно, импульсивно (в действительности существует много диагностических признаков повышенного риска самоубийства). Решившиеся на самоубийство редко колеблются и их все равно не остановить (однако самоубийству обычно предшествуют попытки найти утешение и помощь). Разговоры о самоубийстве могут способствовать его совершению (и, наоборот, такой разговор может стать первым шагом в его предупреждении). Покушающиеся на самоубийство желают умереть (но подавляющее большинство суицидентов хотят не самой смерти, а избавления от невыносимой психической боли). Самоубийства и суицидные попытки — явления одного порядка (на деле суицидная попытка представляет собой крик о помощи в невыносимой ситуации, а не самоубийство, неудавшееся по каким-то причинам). Те, кто пытаются покончить с собой, психически ненормальны (на самом деле большинство суицидальных попыток совершаются психически здоровыми людьми). Склонность к самоубийству наследуется (суициды действительно чаще совершаются теми, у кого в семье уже было подобное, но предрасположенность к суициду не наследуется и не является чертой характера). Риск самоубийства исчезает, когда кризисная ситуация проходит (к сожалению, под внешним спокойствием может скрываться твердо принятое решение, а некоторый подъем сил после минования острого кризиса лишь помогает выполнить задуманное). Если человек в прошлом совершил суицидную попытку, то подобное больше не повторится (в реальности очень многие повторяют эти действия вновь и достигают желаемого результата).

Даже в США две трети тех, кому требуется лечение от депрессии, никогда его не получают. Низкую обращаемость по поводу депрессии связывают со следующими распространенными среди населения мифами. С депрессией можно справиться усилием воли (однако призывы типа «Возьмите себя в руки!», «Будь мужчиной!» лишь снижают самооценку, поскольку сознательно контролировать депрессию не удастся). Распространены высказывания типа: «Все это он выдумал» (на самом деле депрессия может быть связана с соматическими заболеваниями). Быть в депрессии ненормально и стыдно (у нас в России до недавнего времени это означало еще и опасность принудительной госпитализации и постановки на психиатрический учет). Депрессивный больной недееспособен (хотя современные методы лечения помогают ему преодолеть свое состояние и вести достаточно продуктивную жизнь). Психотерапия не работает (действительно, в тяжелой депрессии больному необходимы антидепрессанты, однако ведущим методом лечения является именно психотерапия). Лекарства вызывают зависимость (затяжные или повторяющиеся приступы могут потребовать длительного приема лекарств, но при соответствующем контроле врача зависимость от них не возникнет). Депрессия одинакова для всех (это не так, и ниже будут рассмотрены различные причины развития депрессии и ее разнообразные клинические формы). Злоупотребление химическими веществами и депрессия никак между собой не связаны (на самом деле эти расстройства довольно часто взаимосвязаны).

Бытует также представление, что самоубийство — это закономерная реакция на травмирующую ситуацию, а если она не воспринимается окружающими или профессионалами как драматическая, значит, человек психически болен. Однако большинство людей в трудных ситуациях мобилизуются, поэтому социальный кризис 90-х гг. в России вначале сопровождался снижением числа самоубийств. Что же касается психиатрического диагноза, то 75% всех суицидентов составляют лица практически здоровые и с пограничными расстройствами против 25% больных, обслуживаемых в психиатрических учреждениях.

Одной из основных мотиваций истинного суицидального поведения является бегство от непереносимой жизненной ситуации (в отличие от подавленного влечения к жизни вообще при депрессии). Вопреки распространенному мнению, лишь 13% пациентов, госпитализированных в связи с совершенной суицидной попыткой, объясняют ее желанием повлиять на отношение к себе окружающих; у этих больных недостаточно развиты адаптивные навыки общения с людьми, им присуще демонстративно-шантажное поведение.

Суицидальные реакции не всецело обусловлены тяжелой жизненной ситуацией. Развитие данных реакций, а нередко и самих психотравмирующих ситуаций, связано с наличием определенных неадаптивных установок, которые в неблагоприятных условиях могут приводить к возникновению межличностных конфликтов и суицидальному поведению. Подобные суицидогенные установки связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных или социально-престижных ценностей и формируются под влиянием воспитания, психотравмирующих переживаний и различных микросоциальных воздействий. Указанные установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризиса, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующей ценности вновь инициируют суицидальное поведение.

Как правило, в одиночку кризисные проблемы решить не удастся. Выход из кризиса требует микросоциальной и эмоциональной поддержки, а также коррекции суицидогенных установок. В ряде случаев кризисным пациентам необходим тренинг недостающих им навыков адаптации к сложившейся жизненной ситуации. Дифференцированный подход к суицидентам требует клинической квалификации формы суицидоопасной реакции. Таким образом, кризисные проблемы затрагивают ряд областей: психологию, педагогику и психиатрию. Поэтому ведущим методом помощи суицидентам должна быть психотерапия как дисциплина, располагающаяся на стыке этих областей. Однако традиционные методы психотерапии, рассчитанные на лечение больных без суицидального риска, оказываются мало пригодными для решения кризисных проблем. Весьма актуальной становится задача разработки и внедрения в широкую практику новых специфических методов психотерапии, которые позволили бы эффективно купировать суицидальные тенденции и предотвращать их развитие в будущем.

Основные теоретические подходы

РЕПРЕССИВНЫЙ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ

Загнанных лошадей пристреливают, не правда ли?

В основе репрессивного, самого древнего подхода к самоубийству, лежала идея его запрета. Церковь и римское право приравнивали суицид к убийству, и в средневековой Западной Европе труп самоубийцы проносили по городским улицам, закапывали на перекрестках с вбитым в сердце осиновым колом, бросали в овраг вместе с падалью, сжигали как жилище сатаны. Французские законы XVII столетия предписывали вешать самоубийцу голым за ноги, а его имущество отдавать королю. В 1804 г. Наполеон отменил судебное преследование суицидентов, и оно постепенно исчезло из всех европейских законодательств. Со второй половины XIX в. добровольное лишение себя жизни перестало быть редким поступком и, например, во Франции достигло в 1911-1915 гг. показателя 21,6 на 100 тыс. населения (в России в то время было 3,4). Правда, во Франции с тех пор показатели практически не изменились, а в России выросли в 10 раз.

В русском языке слово «самоубийство» появилось в царствование Петра Великого и связано оно с массовыми самосожжениями раскольников-старообрядцев. Это течение стало идейным знаменем борьбы против петровских реформ, в нем участвовал сын Петра Алексей. В 1716 г. впервые в истории России появились меры предупреждения самоубийства. В Воинском и Морском уставах Петра I говорится: «Ежели кто сам себя убьет, то подлежит палачу мертвое его тело за ноги повесить; привязав к лошади, волоча по улице, в бесчестное место отволочь и закопать, дабы смотря на то, другие такого беззакония над собою чинить не отваживались».

В дальнейшем эти средневековые кары постепенно смягчались: покушавшихся на самоубийство били плетью, ссылали на каторгу, заключали в тюрьму, а покончивших с собой лишали христианского погребения. Однако во Врачебном уставе Свода законов Российской империи до 1857 г. сохранялась статья, по которой «тело умышленного самоубийцы надлежало палачу в бесчестное место направить и там закопать».

Отдельные аспекты суицида анализировались русскими учеными еще в XIX — начале XX в. Признавая уже тогда самоубийство как «болезнь века», затрагивающую интересы различных дисциплин, отечественные врачи и общественные деятели призывали объединить усилия представителей различных специальностей в создании комплексной, междисциплинарной науки «сюицидологии» — задолго до появления этого термина на Западе (в 1929 г.). Однако после Октябрьской революции до 1989 г. статистика самоубийств в СССР была закрыта, работы зарубежных авторов не поступали, а единичные отечественные исследования по суицидологии издавались с грифом «Для служебного пользования». Самоубийства расценивались как угроза общественному

оптимизму. При этом во время Великой отечественной войны в случае угрозы плена сторожайше требовалось себя убить (Приказ И.В. Сталина 1942 г. № 227).

В 50-60-х гг. прошлого века во всем мире был отмечен значительный рост числа самоубийств. В это время возник международный термин «суицидология», которым начали обозначать многоплановую сферу теоретических и практических исследований феномена самоубийства. К сожалению, построению целостной теоретической системы суицида препятствует односторонность разрабатываемых подходов, что приводит к противоречивости и несравнимости результатов отдельных исследований. В качестве основных концепций суицида можно выделить следующие: биологическую, социологическую, психологическую, социально-психологическую и клинко-психологическую.

В практической психиатрии и общественном сознании до сих пор живы воззрения представителей биологического подхода, связывающих самоубийства исключительно с душевной патологией (Esquirol, 1-838; Пинель, 1889; Розанов, 1881). Следует отметить, что признание самоубийцы психически больным во времена Эскироля было гуманным шагом, так как ограждало его от преследования.

В соответствии с концепцией биологического вырождения суицид понимается как неизбежный финал дегенерата. Р. Крафт-Эбинг (1908) считал самоубийство проявлением вырождения человеческой природы, описывал у суицидентов дегенеративные анатомо-физиологические признаки. Расисты рассматривают суицид как естественный регулятор естественного отбора, способствующий очищению и прогрессу высшей расы. Гитлер с целью ускорения этого процесса распорядился уничтожить суицидентов, находящихся на лечении в психиатрических больницах, а также душевнобольных. По этому бесчеловечному приказу были умерщвлены тысячи больных на оккупированных территориях нашей страны.

Представители антропологической школы П.М. Минаков и А.И. Крюков связывали происхождение самоубийства с характерными изменениями в строении черепа самоубийц, оказывающими механическое воздействие на мозг. Судебный патологоанатом И.М. Гвоздев (1889) собственноручно вскрыл 1000 трупов самоубийц, безуспешно пытаясь обнаружить у них патологические особенности «молекулярного движения в головном мозге».

В настоящее время общепризнанно, что предрасположенность к аффективным расстройствам передается по наследству, особенно при биполярном течении. Если болен один из родителей, риск заболевания для ребенка составляет 27%, если оба — 50-75%. У однояйцевых близнецов вероятность заболевания составляет 67%, даже если они воспитываются в разных семьях. Определенное значение придается психосоматическим факторам, в частности, пикническому (плотному) телосложению. Повышенную частоту депрессий у женщин объясняют меньшим содержанием серотонина в головном мозге.

Шизофрения также передается генетически и провоцируется стрессом, наркотиками. Две трети больных имеют хотя бы одного родителя, больного шизофренией (включая амбулаторные формы). О первостепенной роли наследственности говорит тот факт, что монозиготные близнецы, воспитанные раздельно, заболевают так же часто (в половине случаев), как и близнецы, воспитанные вместе. В то же время среди детей, рожденных от здоровых родителей, но воспитанных больными шизофренией, не отмечается более высокой заболеваемости, чем среди детей, воспитанных здоровыми людьми. Однако для реализации биологической предрасположенности необходимо также воздействие психологических и социальных факторов.

После установления диктатуры пролетариата резко возросли социальные предпосылки самоубийств, однако признание их исключительно проявлением душевных болезней помогало лакировать действительность и скрывать последствия чудовищной социальной девиации. Медицинская тактика, основанная на биологическом подходе, предполагает принудительную госпитализацию суицидента в психиатрическую больницу, лечение его психотропными средствами и наблюдение участкового психиатра после выписки. Такой подход чреват психиатрической гипердиагностикой и на деле оставляет многих суицидентов без профессиональной помощи. В настоящее время лишь единичные исследователи категорично утверждают, что человек может совершить самоубийство исключительно в болезненном психическом состоянии (Полищук, 1994).

С другой стороны, некоторые суицидологи недооценивают психопатологические расстройства у своих пациентов, компенсируя тем самым распространенное в нашем обществе негативное отношение к душевнобольным. Так, по данным А.Н. Моховикова (2001) негативное отношение к этим больным выявлено у 12% опрошенных хирургов. Не проявили позитивного отношения к душевнобольным 4/5 хирургов и акушеров-гинекологов, 2/3 педиатров и 1/3 психиатров. Судя по результатам анонимного телефонного опроса, негативно относится к душевнобольным около трети людей. А каждый шестой — за то, чтобы от них избавиться.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Мир, вероятно, спасти уже не удастся, но отдельного человека всегда можно.

Иосиф Бродский

Представители социологического подхода вслед за его основоположником французским социологом Эмилем Дюркгеймом рассматривают суицид как способ разрешения жизненных проблем, возникающих в результате отчуждения индивида от его социальной группы. Э. Дюркгейм (1994) разделил суицидные проявления на суицидные тенденции, попытки и завершённый суицид. Он выделил следующие типы суицидов.

1. Эгоистическое самоубийство у лиц, недостаточно интегрированных с социальной группой («вялая меланхолия, усаждающаяся собою, рассудочное равнодушие скептика»),

2. Альтруистическое самоубийство при полной интеграции с социальной группой («со спокойным чувством долга, с мистическим энтузиазмом, со спокойной храбростью»)

3. Анемическое самоубийство как реакция личности на тяжелые изменения в социальных порядках, приводящие к нарушению взаимных связей индивида и социальной группы («горячий протест против жизни вообще или против определенного лица; убийство, сопровождаемое самоубийством»). Вариантом аномического суицида является фаталистическое самоубийство при переживании личных трагедий (например, смерти близких, потери работоспособности, несчастной любви).

Подобным образом Э. Шнейдман (2001) выделяет три типа суицидов:

1) эгоистические самоубийства, связанные с внутриличностным конфликтом,

2) диадические самоубийства, адресованные значимому другому и

3) агенеративные самоубийства, вызванные утратой связи со своим поколением или человечеством в целом.

Аномия по Дюркгейму характеризуется отсутствием приемлемых норм управляемого поведения и спутанностью культурной идентичности, хроническим состоянием раздражения и неудовлетворенности жизнью, отсутствием цели и уважения к себе, потерей надежды на лучшее будущее. Аномия возникает при резком изменении общественной системы ценностей и наблюдается в настоящее время в России, переживающей затяжной социально-политический и экономический кризис.

Р. Быстрицкас и Р. Кочюнас (1989) перечисляют характерные черты особого психологического типа «homo soveticus», сформировавшегося в условиях тоталитарного режима. Это догматичность сознания, пренебрежение личным опытом и некритическое доверие «коллективному разуму». Принятие личной ответственности лишь за желательные результаты своей деятельности. Упование на внешние инстанции и перенос на них ответственности за неудачи. Расщепленность сознания — раздвоение личного и социального Я. Постоянный страх, отсутствие чувства безопасности и стабильности. Недостаточное принятие себя и снижение личной определенности. Недостаточная рефлексивность. Стремление избегать неудач, а не постигать позитивные цели в качестве основного мотива поведения. Восприятие настоящего лишь как точки пересечения симметричных времен: прошлого и будущего.

А.Н. Моховиков (2001) отмечает появление у советских людей после распада СССР таких чувств, как разобщенность и принадлежность к неспособному управлять своей судьбой народу, отлученность от цивилизации, незащищенность, анархическое отношение к государству и его законам, зависть и некритическое принятие всего иностранного.

Еще М.Я. Феноменов связывал рост самоубийств с общей кризисной ситуацией в стране. «Как только общество выходит из состояния экономического и социального равновесия, как только начинается болезненный процесс создания новых форм жизни, условия для совершения самоубийств налицо... При этом совершенно безразлично, в каком обществе наступает перемена форм жизни — в первобытном или в культурном. И в том, и в другом она будет болезненной... Эпидемия самоубийств является показателем того, что перед обществом поставлены крайне трудные задачи, задачи общественного переустройства. Силы общества напрягаются, и наиболее слабые из его сочленов падают жертвой лихорадочно быстрого социально-экономического роста» (Феноменов, 1914, с. 51). Анализируя статистику самоубийств в Европейской России за указанные годы, автор выявил, что в апогее социального кризиса число самоубийств снижается, а в последующие за кризисом годы — быстро увеличивается. Так, в данном регионе в 1902 г. было 3,6 самоубийств на 100 тыс. жителей, в 1905 — 3,1, в 1910 — 4,9. Эти наблюдения подтверждает тот факт, что в Великобритании во время экономической депрессии 1936-1938 годов 30% всех самоубийц составили безработные. Выявленная автором тенденция к снижению суицидальной активности на пике кризиса и ее последующему росту

подтвердилась во время распада СССР.

М.Я. Феноменов обнаружил, что с 1899 по 1912 годы число самоубийств в русской школе увеличилось в 13 раз, в то время как в европейских школах оно осталось стабильным. Автор объясняет это духом практицизма и утилитаризма, ставшим преобладающим в общественном сознании в период реакции после 1905 г. Он обвиняет «дух карьеризма, пронизывающий современное воспитание, отсюда переполнение программы всевозможными предметами, нужными и ненужными, отсюда баллы, экзамены, переутомление учеников».

А.М. Коровин (1916) проанализировал статистику самоубийств в различных городах и губерниях России с 1803 по 1912 годы и пришел к следующим выводам. Россия занимает последнее место в Европе по распространенности самоубийств и их росту среди населения (с 1,6 на 100 тыс. населения в 1803 г. до 3,4 в 1912 г.). Основным фактором, препятствующим росту числа самоубийств, является преобладание в России сельского населения, которое потребляет гораздо меньше водки, чем городское. Одной из главных причин самоубийств является урбанизация: высокая концентрация населения в городах, алкоголизация городских жителей. На частоту самоубийств влияют также национальная и религиозная принадлежность. Уровень материального благосостояния и образования, а также плотность населения в данном регионе и его климатические особенности в распределении самоубийств роли не играют. Исходя из результатов своего исследования, автор выдвинул в качестве наиболее важного средства профилактики самоубийств борьбу с алкоголизмом.

Известный русский юрист А.Ф. Кони (2001), обобщив данные, накопленные отечественной и мировой статистикой за столетие, увидел основную причину самоубийств в России в отсутствии общественных идеалов. Этим автор объясняет тот факт, что в России в середине 60-х годов XIX века «в эпоху великих реформ» число самоубийств уменьшилось под влиянием «духовного подъема» в обществе и резко увеличилось в 70-х годах, когда начался период реакции и появилось исключительно материалистическое направление общественной мысли.

Кони решительно отвергает распространенную в его время тенденцию отождествления самоубийства с душевным заболеванием. Автор считает, что «самоубийство должно считаться результатом сознательной и дееспособной воли, покуда не будет в каждом отдельном случае доказано обратное» (Кони, 1967, т. 4, с. 455). Кони возражает психиатрам, пытавшимся отнести к признакам душевной болезни такие эмоции, как стыд, невыносимую обиду, ревность и любовь: «Не придется ли с этой точки зрения считать душевнобольным почти всякого, проявляющего чуткую отзывчивость на житейские условия и обстоятельства, и вообще говоря, живущего, а не только существующего, мыслящего и страдающего, не только вегетирующего и прозябающего?» (там же, с. 455).

Выступая против антропологической теории «прирожденного убийства и самоубийства», Кони отстаивает важность микросоциальных конфликтов в происхождении суицида: «Каждый вдумчивый врач, судья, священник знает по своим наблюдениям, что житейские драмы подтачивают жизнь постепенно, возбуждая сменой тщетных надежд и реальных разочарований сначала горечь в душе, потом уныние и, наконец, скрытое отчаяние, под влиянием которого человек опускает руки и затем поднимает их на себя» (Кони, там же, с. 456).

Другой известный русский общественный деятель, философ Н.А. Бердяев в 1924 г. обвинил в росте самоубийств подмену человеческих потребностей технократическими. Он был убежден, что техника, производящая ненужные предметы или орудия истребления жизни, быстрота движения, которую она порождает, власть вещей и денег, которую она с собой приносит, создает химеры и фантазии, направляет человека к фикциям, которые лишь производят впечатление реальностей.

В качестве современного варианта социологической теории можно рассматривать фрустрационную концепцию М. Эльнера (1977). В процессе исследований были сопоставлены 22 переменные социально-экономического, географического и нозологического значения с показателями суицидов в большом количестве стран. На основании факторного анализа был сделан вывод, что высокие показатели суицидов связаны с современным «технократическим государством». Конрад Лоренц (1994) также связывает аутоагрессию современного человека с урбанизацией. Городская скученность и постоянная конкуренция обостряют механизмы внутривидовой агрессии, но законы общежития заставляют подавлять ее. Подавленная агрессивность усиливает предрасположенность к несчастным случаям и другим проявлениям неосознанной аутоагрессии. Эрих Фромм в известном труде «Бегство от свободы» показывает, насколько извращенное общество опасно для индивида, и утверждает, что как только интеллекту бывает оставлена свобода выражать себя так, как он хочет, он изо всех сил старается найти самый легкий способ стереть себя с лица Земли.

Давно известна «заразность» самоубийств, особенно когда вокруг суицида известной личности поднимают много шума. Самое первое массовое самоубийство произошло в Древней Греции две тысячи лет назад. По какой-то причине повесилась девушка, а за ней — вторая, третья, четвертая... Родители умоляли дочерей не делать этого, но на девичниках только и разговоров было о том, как

прекрасна была Елена или Олимпия в расшитом погребальном хитоне, как рыдал ветреный Александр или надменный Кротон. Когда отцы города пригрозили раздевать и вывешивать трупы юных самоубийц на площади, эпидемия самоубийства тут же прекратилась. Прошли века, и вот смерть Мэрилин Монро вызывает 12-процентный рост самоубийств в США и 10-процентный рост — в Великобритании. У нас в ответ на сообщения в СМИ в 1999 году о самоубийстве лидера молодежной поп-группы Игоря Сорина несколько девочек-подростков последовали примеру своего кумира.

Во время широкого освещения подобных самоубийств число автомобильных аварий со смертельным исходом вырастает более чем на 30%. Непосредственно после публикаций различных историй о самоубийствах число пассажиров, погибших в катастрофах авиационных коммерческих компаний, увеличивается более чем в три раза, причем сообщения о множественных жертвах аварий сопровождались увеличением числа катастроф со многими жертвами, а возраст совершивших единичное замаскированное самоубийство примерно соответствовал возрасту героя публикации. Американские суицидологи подсчитали, что каждое сообщение о самоубийстве убивает 58 человек. По их мнению, после подобных публикаций потенциальные самоубийцы принимают роковое решение потому, что начинают считать идею самоубийства более «законной».

Социологический подход охотно используют представители антипсихиатрии, которые подходят к проблеме суицида не с медицинских и психологических позиций, а с точки зрения общественной морали. Возможности предупреждения самоубийств в соответствии с социологической концепцией ограничиваются первичной профилактикой, связанной с государственными и общественными мероприятиями по воспитанию граждан в духе высокой сознательности и социальной активности.

Очевидна связь повышения уровня самоубийств в России с общей тенденцией к вымиранию населения. Средняя продолжительность жизни мужчин в стране составляет 59 лет (в США — 74 года). Показатель смертности на 1000 жителей в России составляет 13,9% (в США — 8,7%), показатель рождаемости в России — 9,7% (в США — 14,1%). По данным Госкомстата в 1990 году умерли 1 млн. 656 тыс. россиян, в 1994 г. — 2 млн. 301 тыс., в 1996 г. — 2 млн. 82 тыс. При этом показатели младенческой и детской смертности намного превышают показатели смерти от старости.

Существенно заметить, что в первые годы кризиса заметного роста числа завершенных самоубийств не наблюдалось — по-видимому, за счет мобилизации, связанной с надеждой на стабилизацию обстановки в стране и улучшение жизни. Однако по мере углубления кризиса наступила закономерная реакция демобилизации. Показатели самоубийства начали быстро расти: с 26,5 на 100 тыс. человек в 1991 году до 42 в 1994 году, то есть в 1,6 раза. В Северном, Уральском и Восточно-Сибирском регионах этот показатель превысил цифру 50, в отдельных районах дошел до 60 и даже 80. В Удмуртии показатель самоубийств до сих пор сохраняется на уровне 80, а среди подростков — 105; в северных районах республики регистрируется 190 самоубийств на 100 тыс. человек. Надо отметить, что по заключению американских экспертов при показателе 100 самоубийств на 100 тыс. жителей ситуация становится неуправляемой и неуклонно прогрессирует.

*А что если наша Земля — ад какой-то другой планеты?
Олдос Хаксли*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

*Человек должен до дна выпить горечь жизни, чтобы научиться получать от нее удовольствие.
Дейли Кэпитэл*

Психологический подход к суициду — один из наиболее распространенных на Западе. З. Фрейд (2001, с. 263) был убежден, что «ни один невротик не испытывает стремления к самоубийству, не исходя из импульса убить другого, обращенного на самого себя». Страх смерти, появляющийся при меланхолии как защита от пассивного суицида, Фрейд (1991) объясняет тем, что для «Я» жизненно важно быть любимым со стороны «Сверх-Я». Когда «Я» чувствует, что «Сверх-Я» его ненавидит и преследует вместо того, чтобы любить, оно отказывается от самого себя и позволяет себе умереть.

Согласно концепции аутоагрессии З. Фрейда и К. Абрахама, человек, переживающий обычное горе, испытывает не только любовь, но и бессознательную враждебность к умершему. Из-за невозможности сразу смириться с утратой скорбящий возвращается к симбиотической стадии развития и начинает идентифицировать себя с объектом утраты, тем самым символически вновь обретая его. При этом гнев против умершего направляется вовнутрь и приводит к чувству вины и снижению самооценки. Больной меланхолией неспособен разрешить этот амбивалентный конфликт и впадает в депрессию.

По К. Меннингеру, убийство и самоубийство тесно переплетены. Вот примеры этого

переплетения:

- расширенный суицид, при котором убийство значимых других (детей, любовного или брачного партнера) прокладывает дорогу самоубийству;
- дуэль как вариант расширенного самоубийства («божий приговор»);
- самоубийство вместо убийства другого или бесконечной войны с ним;
- выдача себя врагам из альтруистических соображений (распятие и воскресение);
- самоубийство с целью опережения убийства врагом («моя смерть принадлежит мне»);
- убийство с целью самому быть убитым (преступление и наказание);
- суицид после ухода партнера на тот свет (воссоединение в смерти);
- суицид после убийства любимой из ревности («навсегда моя»);
- харакири, которое является публичным вызовом врагу тоже выпустить себе кишки и для которого требуется помощник (соучастие с другими лицами);
- амок как самая гремучая смесь разнонаправленной агрессии (попытка убить всех).

Меннингер выделяет в этом переплетении три желания: убить, быть убитым и умереть вместе. Иллюстрацией может служить письмо Фрейда к будущей жене Марте, написанное в припадке ревности, в котором он признается в желании сравнять с землей весь мир, включая невесту, ее знакомого и себя самого.

Откуда же появляются все эти страсти, и каким образом они взаимодействуют? По Фрейду, люди от рождения обладают набором конструктивных и деструктивных сил (Эрос и Танатос). Мазохизм он определяет как садизм, направленный на собственную личность, чтобы сдерживать агрессивное влечение.

Эрих Фромм (1994) утверждает, что насилие, направленное на другой объект, часто единственный способ защиты от собственной агрессии, которая в противном случае всю свою силу направила бы вовнутрь и привела бы к самоуничтожению. Этот механизм качелей, при котором агрессия направляется то наружу, то внутрь, по мысли автора, объясняет самоубийство убийц.

Первоначально Эрос и Танатос взаимодействуют в основном для решения внутренних задач личности, что способствует развитию и росту индивида. Франц Александер в работе 1929 г. «Потребность в наказании и инстинкт смерти» описывает этот процесс следующим образом: «С момента рождения включается механизм болезненного неприятия негативных реалий, неадекватный субъективному восприятию, заложенному во время внутриутробного развития. Взрослея, ребенок все более убеждается в том, что путь удовольствия пролегает сквозь тернии болезненного самоограничения и страдания. В период младенчества ребенок сталкивается с пассивной формой самоограничения, например, испытывает голод, будучи оторванным от материнской груди, но со временем он осознает, что любое удовольствие сопряжено со страданием, то есть форма самоограничения становится активной. С тактической точки зрения именно это сознательное принятие страдания, которое нередко кажется нам парадоксальным, является доминирующей характеристикой Эго по отношению к восприятию реальности и Суперэго» (цит. по: Меннингер, 2000, с. 13).

К. Меннингер в книге «Война с самим собой» развивает эту мысль в отношении мучеников и аскетов — «хронических самоубийц»: «...система воспитания и образования в какой-то мере прививают человеку аскетические навыки, которые проявляются в бескорыстном и самоотверженном служении обществу и заботе о собственных детях. ...В отличие от рядового члена общества, "хронический самоубийца" руководствуется внутренней потребностью жертвовать собой. То, что на первый взгляд воспринимается, как законное стремление увековечить свое имя, на поверку оказывается замаскированным проявлением деструктивных сил» (Меннингер, 2000, с. 153). Невротики, по мнению Меннингера, пользуются тем же механизмом, но с целью вызвать не восхищение, а жалость. И восхищение, и жалость здесь выступают как извращения любви.

Наркотическую, в том числе алкогольную, зависимость Меннингер считает одной из форм самоуничтожения, которая характеризуется искаженной направленностью внутренней агрессии, половой неудовлетворенностью и подсознательным стремлением к наказанию, порожденным чувством вины за собственную агрессивность. Сам наркотик выступает в роли любимого убийцы.

Некоторые преступники, по Меннингеру, переполнены непреодолимым чувством ненависти, порожденным в детском возрасте, когда человеку приходится подавлять свои эмоции настолько, что подсознание становится неспособным к скрытой реализации внутреннего агрессивного импульса. Это в свою очередь приводит к тому, что ребенка часто ловят на неразрешенных поступках и наказывают. В дальнейшем проступки превращаются в преступления, а наказания ужесточаются, все больше озлобляя человека, способного теперь испытывать только садистическую ненависть и страх наказания. Мазохистская форма проявления любви — совершить убийство, за которое полагается смертная казнь, и таким образом освободить человечество от «такого злодея». В качестве промежуточного варианта между садизмом и мазохизмом можно рассматривать сексуальных садо-мазохистов.

Импотенция и фригидность, при которых происходит отказ от нормального генитального удовольствия, также могут быть формой саморазрушения. При этом естественная биологическая роль приносится в жертву извращенным эротическим наклонностям, подсознательным страхам и ненависти, стремлению к самонаказанию и лишению себя и партнера получения совместного удовольствия.

Меннингер ввел понятие «частичное самоубийство» для некоторых форм невротического членовредительства. Он включил сюда трихотилломанию (вырывание и поедание собственных волос), онихофагию (грызение ногтей), удаление зубов, ампутации (пальцев, конечностей, полового члена). Во всех этих случаях, по мнению автора, суицидальный импульс сосредотачивается на отдельном участке тела, являющемся для пациента своего рода заменой целого, подлежащего уничтожению. Саморазрушительные импульсы наблюдаются также у лиц, склонных к травматизму от несчастных случаев, жертв нападений и сексуального насилия.

Альфред Адлер связывает агрессию с потребностью победить соперников в борьбе за существование, добиться превосходства над ними. Если у человека выражено чувство неполноценности, ему приходится сдерживать прямую агрессию и добиваться победы путем самоистязания. В силу социальных условий чувство неполноценности, зависимое и мазохистское поведение присуще женщине. Любовные победы — лучший бальзам для ее уязвленного честолюбия. При поражении она переживает досаду, страх утраты своей женской власти над мужчинами, проигрыш в соперничестве с другими женщинами и впадает в депрессию.

В более поздней модели садомазохизма успешно разрабатывалась идея Фэйрберна (Fairbairn, 1952) о «моральной защите от плохих объектов». Автор отмечает, что ребенок интроецирует плохие объекты, чтобы очистить их от «плохости». В награду он рассчитывает получить чувство безопасности, которое характерно для человека, окруженного хорошими объектами. Внешняя безопасность, таким образом, приобретается ценой внутренней небезопасности, потому что его Эго отдается на милость внутреннего «черного человека», против которого теперь надо создать эффективную защиту. Когда ребенок попадает во власть этого воплощения зла, он становится плохим с точки зрения Суперэго. Ощущения безопасности нет, нет и надежды на спасение. Единственный выход — убить демона вместе с собой. Так свел счеты со своим «Черным человеком» Сергей Есенин: «Я взбешен, разъярен, И летит моя трость Прямо к морде его, В переносицу... Месяц умер, Синеет в окошко рассвет. Ах, ты, ночь! Что ты, ночь, наковеркала? Я в цилиндре стою. Никого со мной нет. Я один... И разбитое зеркало...».

Эдвин Шнейдман (2001) перечисляет 10 общих психологических характеристик самоубийств. Общей целью самоубийства является нахождение решения. Общая задача самоубийства состоит в прекращении сознания. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая душевная боль — психалгия. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы. Общим действием при суициде является бегство. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

Автор выделяет пять групп психологических потребностей, фрустрация которых объясняет большинство самоубийств.

1. Неудовлетворенные потребности в любви и приятии — связаны с фрустрацией стремления к поддержке и привязанности.

2. Нарушение контроля, предсказуемости и организованности — связаны с фрустрированными потребностями к достижению, автономии, порядку и пониманию.

3. Снижение самооценки в силу стыда, поражения, унижения или позора — связаны с фрустрированными потребностями в привязанности, самооправдании и избегании стыда.

4. Разрушенные значимые отношения, возникшие вследствие этого горе и чувство потери — связаны с фрустрированными потребностями в привязанности и заботе о другом.

5. Чрезмерный гнев, ярость или враждебность — связаны с фрустрированными потребностями в доминировании, агрессии и противодействии.

Сейр (цит. по: Змановская, 2003) описывает эмоциональный комплекс, лежащий в основе суицидального поведения:

- изоляция (чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется);
- беспомощность (ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все зависит не от тебя);
- безнадежность (когда будущее не предвещает ничего хорошего);
- чувство собственной незначимости (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая

самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя).

Наличие у суицидентов определенных психологических особенностей Используют для определения степени выраженности суицидального риска (Ласко, Шапиро, 1975; Короленко, Галин, 1978; Конончук, 1983). К таким особенностям относят следующие.

1. Напряженность потребностей, аффективная ригидность, бескомпромиссность в достижении целей со склонностью к импульсивным поступкам.

2. Эмоциональная зависимость, проявляющаяся в потребности в симбиотических отношениях и приводящая к эпидемиям самоубийств после суицида известной личности.

3. Недостаток эмпатии, интро-Бертированность в сочетании с независимостью в принятии решений и склонностью к мизантропии.

4. Импульсивная, недифференцированная агрессивность в сочетании с культом насилия, конфликтностью и аутоагрессивными проявлениями.

5. Недифференцированность или искаженность представлений о смерти, обесценивание человеческой жизни по сравнению с другими ценностями.

6. Непереносимость фрустрации из-за неадекватной самооценки, эмоциональной лабильности, соматовегетативной неустойчивости, интеллектуальной недостаточности, недоразвития механизмов компенсации.

Для переживания кризиса характерны определенные личностные защиты. Во время кризиса часто наблюдается персеверация, благодаря которой внимание сужается и ограничивается одной темой, а интерес к остальному исчезает. Включается проекция, когда человек, чувствующий беспомощность и отчаяние, приписывает окружающим то презрение, которое сам испытывает к себе. Это лишает его возможности рассчитывать на помощь, портит отношения с людьми и приводит к изоляции. Появляются компенсаторные фантазии всемогущества, которое якобы можно обрести ценой своей смерти, вызвав у близких чувство вины. На высоте кризисных переживаний развивается диссоциация сознания с явлениями деперсонализации-дереализации, нарушением чувства времени, автоматизмом поведения. Человек одновременно чувствует себя прежним и изменившимся, и в реальности, и вне ее, и в настоящем времени, и в прошедшем. Возникающее снопоподобное состояние позволяет отстраненно относиться к реальности, давая возможность максимально сосредоточиться на решении кризисных проблем.

Й. Пурич-Пейакович и Д. Дуньич (2000) находят символический смысл в способе суицида. Прыжок из окна, с террасы, с моста — полет. Утопление — очищение, возвращение в блаженство материнского чрева, ассоциации с мифическими содержаниями. Повешение — наиболее драматическое переживание первого вдоха, первая борьба между жизнью и смертью, ее аналогом является истерический ком в горле. Самосожжение — мистическая тайна и могущество огня, полное исчезновение, наказание тех, кто остаются жить. Выстрел в голову — манифестация героической морали и почетной смерти.

Хайнц Хензелер (2001) указывает на роль нарциссизма в происхождении суицидоопасного кризиса. Нарциссические личности переживают утраты или их угрозы как катастрофу. Нарциссическая обида вызывает у них то чувство неполноценности, то чувство превосходства. У них возникают фантазии оказаться в чреве матери, слиться с вселенной, обрести вечный покой и вечную жизнь. Суицид может представлять последнюю попытку вернуть «утраченное лицо» нарцисса. В связи с этим необходимо избегать усиления нарциссической обиды путем надзора и удерживания, упреков в слабости и снисходительного подбадривания.

Гюнтер Аммон (1995) выделяет деструктивную форму агрессии, которая проявляется вовне отреагированием, сексуальностью, преступностью, разрушительными фантазиями и чувствами в отношении внешних объектов. Вовнутрь она проявляется психосоматикой, депрессией, манией, суицидом, отреагированием несчастными случаями, самоповреждениями или запущенностью, разрывом контактов и отношений.

Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева (2001); А. Холмогорова, Н. Гаранян (2001) приводят убедительные данные о связи суицидального риска с перфекционизмом. Практическим выводом из этой корреляции является необходимость выяснить, как пациент воспринимает требования к нему социального окружения, в первую очередь — семьи. Следует также учитывать, что перфекционизм является основным фактором сопротивления депрессивного больного лечению. Авторы выделяют в феномене перфекцио-низма следующие параметры:

1. Завышенная, по сравнению с индивидуальными возможностями, трудность целей (завышенный уровень притязаний).

2. Поляризованная, «черно-белая» оценка результата собственной деятельности.

3. Преимущественная сосредоточенность на неудачах и ошибках при игнорировании реальных удач и достижений.

4. Непрерывное сравнение себя с другими людьми при ориентации на полюс «самых успешных и совершенных».

5. Чувство собственного несоответствия положительным представлениям других людей о себе, постоянное ожидание публичного разоблачения.

6. Переживание многих нейтральных ситуаций как напоминающих о собственной неполноценности.

7. Чрезмерные требования к другим и завышенные от них ожидания.

Следствиями перфекционизма для продуктивной деятельности являются: поведение избегания; опасение в ситуации риска оказаться не на высоте; переутомление и снижение продуктивности. В межличностных контактах наблюдаются конфликты и разрывы из-за чрезмерных требований и ожиданий от других людей; конкурентные отношения с людьми ввиду частых сравнений с ними и зависти; дефицит близких и доверительных отношений. В процессе лечения отмечается нереалистичское ожидание быстрого исцеления; обесценивание небольших улучшений; недоверие к специалистам и разочарование в них из-за чрезмерно высоких требований; преждевременный отказ от лечения.

По теории объектных отношений суицид рассматривается не как реакция на ситуацию, а как следствие специфического развития личности, связанного с взаимоотношениями индивида с родителями и особенностями воспитания. При этом в качестве ведущего механизма суицида признается не аутоагрессия, а стремление к смерти как возможность воссоединиться с умершим родителем. Сформировавшись в детстве, данный механизм может включаться затем в ситуации утраты или угрозы утраты значимого другого (Ringel, 1953; Hendin, 1965). Кроме того, суицидное поведение может играть роль последнего сигнала своим родителям в попытке перестроить взаимоотношения в семье. Эта роль затем разыгрывается в суицидальных фантазиях, когда субъект как бы предупреждает своих родителей о предстоящей попытке самоубийства (Полмейер, 1978).

Важное значение придается частоте конфликтов с родителями в детстве суицидентов. S. Drakov, K. Hol (1985) на обширном материале приводят разделение суицидных попыток на истинные и демонстративные, связывая развитие последних с влиянием взаимоотношений в первичной (родительской) семье суицидента. Авторы трактуют демонстративную попытку как аналог межродительского конфликта, а ее целью считают инфантильное желание индивида обратить на себя внимание. По данным В.К. Мягер (1983), более 60% суицидентов воспитывались в неполных семьях, распад которых произошел, когда они были в дошкольном возрасте. Их мать отличалась истеричностью, отец — замкнутостью, жестокостью и педантичностью. Выходцы из таких семей с детства живут с непреходящим чувством покинутости, заброшенности.

О.В. Тимченко и В.Б. Шапар (1999) объясняют механизмы самоубийства некрофильными тенденциями, которые суицидент в цивилизованном обществе вынужден подавлять и поэтому многократно покушается убить себя вместо того, чтобы убивать всех подряд. Самоубийцы с сильным некрофильным полем втягивают в него скрытых и вялых некрофилов — от любовных партнеров до миллионных масс людей. На счету Гитлера 20 млн. 946 тыс. убитых, Сталина — 42 млн. 672 тыс. Некрофил обязательно доводит любимых женщин до смерти. 8 сентября 1931 года племянница Гитлера, его единственная «любовь» Гели Роубал выстрелила себе в сердце из его пистолета системы «Вальтер». Перед этим Гитлер имел серьезный разговор со своим лучшим другом и личным шофером Эмилем Морисом, который влюбился в Гели и встретил взаимность. Наложил на себя руки любовница Гитлера киноактриса Рене Мюллер, покушалась на самоубийство другая любовница — Юнити Митфорд. А постоянная возлюбленная Гитлера Ева Браун еще в 1932 г. стреляла в себя, в 1935 г. приняла 35 таблеток снотворного, а спустя 10 лет все же отравилась во время двойного самоубийства с фюрером.

8 ноября 1932 г. выстрелила себе в сердце из пистолета системы «Вальтер», привезенного в подарок братом из Германии, Надежда Сергеевна Аллилуева, 32-летняя жена Сталина, который был старше ее на 20 лет. Поводом послужил застольный флирт мужа с женой одного из военачальников, присутствовавшей на праздничной вечеринке. Увидев, что жена недовольна, Сталин бросил ей в тарелку корку от апельсина и крикнул: «Эй, ты!» Надя вскочила: «Я тебе не "эй, ты"!» — и выбежала из комнаты. Причину самоубийства она прокричала мужу до этого: «Мучитель ты, вот ты кто! Ты мучаешь собственного сына, мучаешь жену, весь народ замучил...» Что касается сына, то Яков неудачно пытался застрелиться, когда отец не разрешил ему жениться и высмеял. Уйдя на фронт и попав в плен к немцам, Яков узнал реакцию отца — Приказ № 227: «Тех, кто предпочтет сдаться в плен, уничтожать всеми средствами, а семьи сдавшихся в плен красноармейцев лишать государственных пособий и помощи». Яков бросился на колючую проволоку под высоким напряжением и был застрелен.

А самое массовое одновременное самоубийство под влиянием некрофила произошло 18 ноября

1978 г. в Гвиане. 913 членов секты «Народный храм» выпили напиток смерти из котла, наполненного смесью ягодного сиропа, седуксена и цианистого соединения. Вдохновителем этой акции стал больной шизофренией преподобный Джим Джонс из Сан-Франциско.

А.Н. Моховиков (2001) отмечает ряд личностных стилей суицидентов. Импульсивный — внезапное саморазрушающее поведение во время конфликта при наличии алекситимии. Компульсивный — ригидность, перфекционизм, завышенные притязания. Рискующий — игра со смертью. Регрессивный — снижение эффективности механизмов адаптации у незрелых личностей. Зависимый — пассивность, беспомощность, потребность в постоянной поддержке. Амбивалентный — борьба влечений к смерти и к жизни. Отрицающий — магическое отрицание смерти со снижением волевого контроля. Гневный — подавление враждебных чувств к обидчику в сочетании с недовольством собой. Обвиняющий — убежденность, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина. Убегающий — стремление уйти от травмирующей ситуации. Бесчувственный — притупление эмоциональных переживаний. Заброшенный — переживание отверженности, ненужности и одиночества. Творческий — экспериментирование с самоубийством как новым способом разрешения проблем.

Автор с точки зрения гештальттерапии выделяет у суицидентов четыре защитных механизма: интроекцию, проекцию, ретрофлексию и конфлюэнцию.

Интроекция проявляется плакатными фразами, использованием местоимения «я», когда на самом деле речь идет о «мы» («Я должен пожертвовать собой ради высшей цели»). Этот механизм соответствует альтруистическому суициду Дюркгейма и особенно часто наблюдается у подростков, делаая их легкой добычей деструктивных культов. Таким пациентам свойственно нетерпение, жадность и лень, из-за чего они ограничиваются тем, что спешат «проглотить» как можно больше советов. Терапевт должен помочь пациенту почувствовать различие между Я и Ты и способствовать развитию уверенности в возможности собственного выбора.

Проекция выдает себя употреблением местоимения «оно», когда речь идет на самом деле о Я, склонностью поучать и возмущаться. В личности пациентов отмечаются подозрительность и жестокость, они обычно предпочитают самые грубые способы суицида. Проекция соответствует аномическому суициду Дюркгейма, когда человек не может приспособиться к социальным изменениям и испытывает негативные чувства к окружающим, которые приписывает им («нет смысла жить в этом отвратительном обществе»). Этот механизм объясняет учащение суицидов во время общественно-экономических кризисов. Терапия должна быть направлена на установление отношений доверия и возвращение пациенту его отчужденных психических функций. Следует обращать внимание пациента на реальную возможность выхода за пределы его системы проекции и поддерживать его шаги в этом направлении.

Ретрофлексия наблюдается у людей, которые не позволяют себе направлять агрессию против людей, испытывают стыд за подобные намерения и обращают агрессию против себя. Такое превращение межличностного конфликта во внутриличностный соответствует эгоистическому суициду Дюркгейма. Для пациентов характерен зажатый в верхних регистрах маломодулированный голос, употребление местоимения «себя» и возвратной частицы «ся» («Я омерзительен себе», «Я не могу больше бороться с собой»). Пациент отгораживается от реальной ситуации, ведет бесконечный внутренний диалог, пытается полностью контролировать себя. Терапия включает побуждение пациента к преодолению настороженности и к действию. Важно привлекать внимание пациента к агрессивным компонентам его пантомимики.

Конфлюэнция заключается в слиянии с другими и растворением собственного Я. Она проявляется в речи употреблением безличных форм, местоимением «мы» или утверждений в третьем лице: «Как-то грустно», «Нам это не под силу», «Люди часто попадают в невыносимые ситуации». Этот механизм часто наблюдается в юношеском возрасте и способствует эпидемиям самоубийств и деятельности деструктивных культов. Стратегия терапии заключается в ненавязчивости контакта и разграничении «мое» — «не мое». Проговаривая свои желания и потребности, человек начинает осознавать, чего он хочет на самом деле, и находит собственные способы достижения своих целей.

Определенный эффект при лечении суицидентов отмечается от применения когнитивных методов (Бек с соавт., 2003), а также трансактного анализа межличностных и внутриличностных отношений (Brechensner, 1972; Макаров, Макарова, 2002) в соответствии с моделью Э. Берна (2001) — Родитель-Взрослый-Дитя, — описывающей различные позиции личности в конфликтных ситуациях.

В то же время изолированный психологический подход игнорирует клинические закономерности и сводит суицидное поведение к аутоагрессии как следствию взаимодействий инстинктов жизни и смерти (Фрейд, 1994, 2001; Litman, 1968). Аутоагрессию связывают с реальной или символической утратой объекта любви, а сам аутоагрессивный феномен расширяют, включая в него парасуицид, псевдосуицид и демонстративный суицид (Kreitman, Chowdhury, 1973). К. Меннингер (2000) в одном

ряду с самоубийством рассматривает такие явления, как аскетизм, курение, импотенция, опасные для жизни профессии и увлечения и т. п. Крупнейший американский суицидолог Норман Фарбероу (Farberow, Shneidman, 1961) еще больше расширяет рамки саморазрушающего поведения, добавляя сюда трудоголизм, азартное и делинквентное поведение, пренебрежение врачебными рекомендациями и т. п.

Классификации суицидов, характерные для данного направления, страдают отсутствием единого принципа. Так, В. Klopfer (1961) делит самоубийства на индивидуальные и коллективные, активные и пассивные, искренние и рассчитанные на привлечение внимания, запланированные и импульсивные. Типология Э. Шнейдмана (2001) включает: искателей смерти, намеренно расстающихся с жизнью при сведении возможности спасения к минимуму; инициаторов смерти, намеренно приближающих ее; игроков со смертью, которые не вполне готовы умереть и выбирают способ, который оставляет им шанс на спасение; одобряющих смерть, которые не скрывают свои суицидальные намерения, но не спешат реализовать их.

Сторонники психоаналитической школы направляют свои терапевтические усилия на анализ подсознательной мотивации суицидента, что нередко приводит к усилению суицидального риска и завершается самоубийством (Ялом, 2000). Ведущий юнгианский психолог Джеймс Хиллман (2004), стоящий на позициях антипсихиатрии, призывает не мешать суициденту покончить с собой, поскольку этого требует его бессмертная душа. А если «душе» захочется убить другого человека?

А. Лэнгле, описывая опыт экзистенциального анализа депрессивной больной, советует с осторожностью применять методы логотерапии Франкла при лечении кризисных состояний. Он предупреждает, что «парадоксальная интенция противопоказана в случае суицидальной угрозы или психозов, а работа с биографией — при высоких ситуационных нагрузках, так как она может вызвать у пациента состояние перенапряжения и даже способствовать повышению суицидального риска» (Лэнгле, 2001, с. 19).

©Диалог клиента и клиент-центрированного психотерапевта.

— Я испытываю глубочайшую тоску.
— Вы испытываете глубочайшую тоску.
— Моя жизнь не имеет ни малейшего смысла, я проваливаюсь в какую-то черную дыру.
— Ваша жизнь не имеет ни малейшего смысла. Она вся окрашена в черный цвет.
— Сплошная пустота. Мне остается лишь покончить с собой.
— Сплошная пустота. Вам остается лишь покончить с собой. Клиент молча встает, медленно направляется к окну, открывает его и выбрасывается наружу. Психотерапевт произносит:
— Бац.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

*Бывает, что не хочется жить,
но это вовсе не значит, что хочется не жить.
Станислав Ежи Лей,*

Данное направление основано на концепции психологического кризиса Э. Линдемманна (1996) и Дж. Каплана (Caplan, 1974). Суицидоопасный кризис, по представлениям авторов концепции, вызывается столкновением личности с непреодолимым в данное время препятствием на пути достижения ее важнейших жизненных целей, ведущим к нарушению адаптации в социальной сфере. Причиной кризиса в большинстве случаев служат конфликты и утраты в лично-семейной сфере.

Выделяют кризисы развития и созревания (эволюционные кризисы), которые обусловлены переходными этапами жизни: отрочество и юность, получение профессии, создание семьи, беременность и роды, переезд и смена работы, выход на пенсию, тяжелая болезнь и смерть супруга, старческая немощь и потребность в уходе. События, вызывающие эволюционный кризис, объединяет их предсказуемость, а значит, и возможность подготовиться к ним.

При ситуационных кризисах события развиваются внезапно и неожиданно. Это может быть дорожно-транспортное происшествие, несчастный случай на рабочем месте, увольнение, финансовый крах и т. п. Промежуточное место между эволюционными и ситуационными кризисами занимают кризисы, связанные с такими событиями, как изнасилование на свидании, нежелательная беременность, неожиданные супружеские измены, непредвиденные разводы и т. д.

На уровне феноменологии кризис определяется как острое эмоциональное состояние, характеризующееся психическим напряжением, тревогой, нарушением познавательной и

поведенческой активности. Важнейшими структурными компонентами психологического кризиса являются:

- 1) вызывающие события;
- 2) фрустрированная потребность;
- 3) дефицит необходимой для решения проблемы информации.

Многообразие личностных смыслов события отражается на эмоциональном компоненте кризисного состояния, на его индивидуальной аффективной окрашенности. Переживание актуальной, реально произошедшей утраты влечет за собой возникновение эмоций горя, печали. Угроза утраты, ожидание возможной утраты в будущем порождает эмоции тревожного спектра, поддерживающиеся тягостным чувством неопределенности ситуации. Защитная эмоция обиды или гнева возникает в тех случаях, когда индивид сосредотачивает свое внимание не на угрожающей ему опасности, а на личности «обидчика», воспринимая конфликтную ситуацию с этой позиции.

Переживание утраты фрустрирует — нарушает особо значимую потребность личности, вступая с ней в конфликт. Первоначально конфликт возникает в какой-либо одной сфере деятельности, но затем распространяется и на другие. А в крайнем своем выражении — на все стороны психической деятельности субъекта. Указанная генерализация первичного конфликта является необходимым условием возникновения психологического кризиса.

Третьим существенным элементом психологического кризиса является дефицит информации, необходимой для разрешения проблемы, который создает представление о неразрешимости конфликта, безвыходности ситуации. Дефицит информации может иметь объективный или субъективный характер. В первом случае он обусловлен особой сложностью подлежащей разрешению проблемы, ее неожиданностью и новизной, что исключает использование прошлого опыта. Во втором — он связан с особенностями психической деятельности субъекта, определенными характеристиками его когнитивных, познавательных структур.

Последователи социально-психологической ориентации (Lester, 1971; Neuringer, 1970) считают психологический кризис функцией взаимодействия вызывающего события и специфической личностной предрасположенности. Последняя заключается в особенностях эмоциональной реактивности, самооценки и самопрятия, системы ценностей, структуры социализации и межличностных контактов. Учитывается также специфика когнитивной организации, ответственной за восприятие вызывающего события в неадаптивной манере, формирующей негативные концепции ситуации и будущего.

Во время кризиса личность становится ареной борьбы двух сил: суицидо-генных и антисуицидальных факторов. Самыми частыми суицидогенными факторами являются потеря близкого человека, отвержение им, утрата здоровья и работоспособности, престижа и уважения окружающих. Им противостоят антисуицидальные факторы: родительские чувства, нежелание причинять боль близким, выраженное чувство долга, страх боли и смерти, ее неэстетичности и инвалидности в случае неудачной попытки, боязнь осуждения, представление о неиспользованных жизненных возможностях, наличие творческих планов и замыслов, а также прошлые достижения в значимых для пациента областях.

В типичных случаях продолжительность психологического кризиса ограничивается сроком от одной до шести недель — время, за которое индивид находит средства разрешения своих проблем самостоятельно или с помощью своего окружения. Благоприятный исход психологического кризиса способствует повышению адаптационного уровня индивида, включая его способность противостоять кризисам в будущем. Негативный исход кризисного состояния ведет к суицидальному поведению.

С.В. Зиновьев (2002) объясняет рост числа самоубийств в стране следующими причинами. После падения коммунистического режима сформировались три типа личностей: «потерянный» человек с доминирующим стремлением избежать очередной неудачи; «новый русский» с главными приоритетами в виде денег и власти и «криминогенный» тип с высокой склонностью к импульсивности, агрессии и немедленному получению удовольствия. Проявления этих типов нередко переплетаются, их объединяет наличие четырех психологических характеристик. 1. Нарушение эмоциональной реактивности (по силе, направленности, переключаемости, окраске доминирующих переживаний). 2. Антисоциальная направленность в сочетании с нетерпимым и жестоким поведением. 3. Доминирование экономических интересов (сэкономить, выиграть, украсть или отнять деньги) и потребностей в малосодержательном досуге («интересно» провести время, «убить» время). Вытесненные познавательные, эстетические, творческие и духовные потребности нередко выступают в извращенном виде: как экстремальное искусство, сектантство, наркотизация. 4. Вытеснение ценностей народной и классической национальной культуры упрощенными стереотипами американской культуры и сленгом (бизнеса, компьютерным, уголовным). При этом невыгодное сравнение с уровнем жизни среднего американца и отсутствие обнадеживающей перспективы приводят к переживанию

фрустрации. У описанных типов людей, обладающих перечисленными психологическими особенностями, создается искаженный образ себя, мира и своих действий в нем. В кризисной ситуации их переживания основываются на принципе удовольствия с активизацией архаических способов мышления, а поведение характеризуется взаимной «заразительностью», стимуляцией преимущественно невербальными сигналами, невыраженностью «клапанов безопасности» и высоким суицидальным риском.

Следует отметить нечеткость типологических критериев социально-психологической концепции. Так, Ch. Neuringer (1970) выделяет возможный суицид, суицид-игру, суицид через провокацию на себя, саморазрушающее самоубийство. Ряд авторов расценивают суицидную попытку как не всегда осознанный призыв о помощи, не обязательно сопровождающийся истинным желанием умереть (Iga, 1976; Шнейдман, 2001). Описанная концепция легла в основу организации служб социально-психологической помощи, включающих Телефон Доверия, кризисные центры и кризисные стационары. Широкое распространение социально-психологического подхода и организация разветвленной сети служб предупреждения самоубийств началось в Западной Европе и США после второй мировой войны с ее массовыми жертвами и осознанием приоритетной ценности человеческой жизни. Существование таких служб играет важную роль в превенции суицидов; при этом они, в отличие от отечественной модели, укомплектовываются не только профессионалами, но и добровольцами, и не соблюдают принцип преемственности в ведении пациента различными специалистами на разных этапах лечения.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Если бы я знал, на что я так зол, я бы не был так зол.

Миньон Маклофин

Клинико-психологический подход свойственен в основном немецкоязычным авторам (Brautigam, 1978; Wolf, Graf, Wedler, 1979). Однако наиболее последовательно он представлен в отечественной психиатрии с ее нозологическими традициями, в соответствии с которыми суицидентов было свойственно разделять на психически больных и душевно здоровых (Лебедев, 1888; Корсаков, 1901; Бехтерев, 1911, 1914; Прозоров, 1913, 1925; Бруханский, 1927). Еще в Петровском Воинском и Морском уставах репрессивные меры не распространялись на душевнобольных самоубийц. «А ежели кто учинил в беспамятстве, болезни, в меланхолии, то оное тело в особливом, но не в бесчестном месте похоронить. И того ради должно, чтобы судьи наперед об обстоятельстве и причинах немедленно уведомились, и через приговор определили б, каким образом его погребсти».

Отдельные попытки систематизированного изучения суицидального поведения с точки зрения современной нозологии и психологии делались, начиная с 30-х годов (Зайцев, 1938). На материале судебно-психиатрической экспертизы разработаны критерии для отграничения «физиологических», субклинических суицидных проявлений от психопатологических (Бунеев, 1954; Мизрухин, Лившиц, 1963; Целибеев, 1966). Проводится клинический анализ суицидальных тенденций у больных маскированной и реактивной депрессиями (Герман, 1976, Десятников и Сорокина, 1981). Указывают на высокий суицидальный риск при психогенных депрессиях по сравнению с эндогенными и соматогенными (Бачериков, Згонников, 1989). Описана динамика развития суицидальных тенденций при психогенных депрессиях и других суицидоопасных аффективных состояниях (Шостакович с соавт., 1974; Качаева, 1983), а также при различных формах психопатий (Пелипас, 1971; Попов, 1972).

На основании клинико-психологического анализа предпринимаются попытки создания классификации суицидальных проявлений: по личностному смыслу реакции и личностным особенностям (Гинделевич, 1970; Шнейдман, 2001), по нозологическому принципу с выделением субклинических психогенных реакций — аффективно-шоковых и истерических (Федотов и др., 1974). Учитываются возрастно-половые различия в мотивации суицидального поведения и феноменологической специфике его проявлений (Семичев, 1970; Семичев, Смирнова, 1970; Федотов и др., 1978; Шахматов, 1983). Выделяют конфликты в лично-семейной сфере в качестве источника дезадаптации в детстве и основной причины развития суицидоопасного кризиса (Самохина, 1982).

Изучаются особенности аутоагрессивного поведения у лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами (Федотов с соавт., 1975.; Бачериков, Харченко, 1978). При этом проявляется тенденция к необоснованному расширению рамок пограничных состояний в диагностике суицидальных феноменов. Так, Г.И. Брегман (1970) на основании изучения 16 пациентов приходит к выводу, что все «так называемые суициденты» — это лица с многолетним невротическим развитием личности, которое ничем себя не проявляло в обыденной жизни, а в условиях стресса разрешилось суицидальным актом.

Другие исследователи, напротив, без достаточных оснований считают, что попытки самоубийства у больных пограничными состояниями могут быть лишь демонстративными, «псевдосуицидальными». Например, В.А. Процык (1984) делит суицидные попытки у этих больных на демонстративно-целевые (симулятивные) и демонстративно-аффективные. При этом автор указывает на возможность трансформации демонстративно-аффективных попыток самоубийства в истинные вследствие слабости эмоционально-волевой сферы у больных пограничными расстройствами.

Развитие аутоагрессивных тенденций ставится в связь со структурой психопатических личностей (Александров, 1973). И.М. Каленский (1981) описывает шесть вариантов депрессивного синдрома, наблюдающегося при различных психопатиях: депрессивный, тревожно-депрессивный, депрессивно-истерический, депрессивно-дисфорический, депрессивно-ипохондрический и депрессивно-обсессивный.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД

*Лечение комплексов может быть только комплексным.
Войцех Верцех*

Системные исследования самоубийства в нашей стране ведутся с 1970 г. отделом суицидологии Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, на базе которого функционирует Федеральный научно-методический центр суицидологии.

В 70-90-х годах издавались сборники научных работ и методические рекомендации, проводилась работа над диссертациями, организовывались научно-методические конференции, осуществлялось обучение специалистов из различных регионов.

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980) называют суицидальным поведением любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидные попытки и завершённые суициды. Суицидная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения.

Суицидальному поведению предшествуют антивитальные переживания, при которых еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни. Размышления об отсутствии ценности жизни выражаются в формулировках: «жить не стоит», «не живешь, а существуешь» и т. п.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться», «если бы со мной что-нибудь произошло и я бы умер...» и т. д. Суицидальные замыслы — это активная форма проявления суицидальности, то есть тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана ее реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия. Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение. Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидом. Его длительность может исчисляться минутами при остром пресуициде и месяцами при хроническом пресуициде.

В соответствии с целью суицидальное поведение подразделяется на истинное и парасуицидальное. Истинные самоубийства, покушения и тенденции имеют целью лишение себя жизни. Например, если больной выбрасывается из окна, чтобы погибнуть и избавиться от галлюцинаторных преследователей, это расценивается как истинная суицидная попытка. Смерть в результате психотической дезориентировки или членовредительства по бредовым мотивам квалифицируются как несчастные случаи.

Парасуицид нередко используется антисоциальными личностями для эпатажа окружающих, истероидными — для шантажа. Если попытка самоубийства заканчивается завершённым суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств, а не вследствие желания смерти, ее следует отнести к несчастному случаю.

Парасуицид встречается также у аддиктов с их жадой острых ощущений, с помощью которых они пытаются вывести себя из состояния бесчувственности и безрадостности. Для этого используются рискованные и болезненные действия: хождение по перилам моста и другие игры со смертью; прижигание кожи или удушение; демонстрация окружающим готовности покончить с собой, чтобы установить с ними эмоциональный контакт. В рамках аддиктивного поведения встречается также

групповое и массовое самоубийство, совершаемое членами сект. В этом случае фанатики приносят себя в жертву по религиозным мотивам.

Личностный смысл суицидального поведения включает протест и месть, призыв, избегание, самонаказание, отказ. Протест возникает в ситуации конфликта с враждебным объектом, на которое направлено суицидальное воздействие. Мечь — форма протеста, заключающаяся в нанесении конкретного ущерба врагу. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки, активную позицию личности с трансформацией гетероагрессии в аутоагрессию.

Призыв обусловлен желанием активизировать помощь извне с целью изменения ситуации; позиция личности при этом менее активна. Путем избегания наказания или страданий личность ликвидирует непереносимость наличной угрозы путем самоустранения, сохраняя при этом высокую самооценку. Самонаказание имеет два варианта: искупление вины (казнь подсудимого) и уничтожение жесткого судьи (Суперэго). Отказ от существования полностью совпадает с целью лишения себя жизни.

Постсуицид, начинающийся вслед за попыткой самоубийства, подразделяется на четыре типа.

Критический постсуицид. Конфликт утратил свою актуальность, суицидальных тенденций нет, отношение к совершенной попытке негативное, с чувством вины и стыда перед окружающими, страхом перед возможным смертельным исходом суицидной попытки и пониманием того, что покушение на свою жизнь не разрешает ситуации. Помощь ограничена рациональной психотерапией.

Манипулятивный постсуицид. Конфликтная ситуация значительно улучшилась для пациента под влиянием его суицидальных действий; суицидальных тенденций нет; отношение к совершенной попытке рентабельное: легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом; закрепление суицидального поведения как способа воздействия на окружающих, переход к Демонстративно-шантажному поведению. Требуется изменение ценностных ориентации, выработка негативного отношения к суициду, разрушение манипулятивного шаблона реагирования.

Аналитический постсуицид. Конфликт по-прежнему актуален для суицидента; суицидальных тенденций нет; отношение к совершенной попытке негативное; опробуются новые способы разрешения конфликта; при их неэффективности и невыносимости конфликтной ситуации возможен повторный суицид с большим риском смертельного исхода. Необходима помощь в ликвидации конфликтной ситуации со стороны соответствующих служб. Если же эта ситуация обусловлена психопатологической продукцией, требуется лечение и последующее систематическое наблюдение психиатра.

Суицидально-фиксированный постсуицид. Конфликт актуален, суицидальные тенденции сохраняются и могут скрываться, отношение к суициду положительное. Больной нуждается в строгом надзоре и лечении в условиях закрытого психиатрического стационара.

Свидетельством серьезности покушения, истинности суицидальных намерений являются следующие факторы.

1. Обстоятельства попытки:

- изоляция (отсутствие поблизости или в контакте с суицидентом окружающих лиц, а также малая вероятность прихода кого-либо);
- время попытки (от 6 до 12 часов дня);
- отсутствие алкогольного опьянения;
- отсутствие суицидальных высказываний;
- принятие мер, препятствующих обнаружению или вмешательству (например, запирающие двери на ключ);
- приготовление к смерти (смена белья и т. п.);
- насильственные способы суицидной попытки (падение с высоты, под транспорт, самоповешение, огнестрельные повреждения, колото-рубленые травмы).

2. Субъективные сведения:

- представления о высокой летальности выбранного способа;
- желание умереть;
- длительность пресуицида более суток;
- сожаление, что остался жив после покушения.

3. Медицинские критерии:

- высокая вероятность смертельного исхода в случае отсутствия медицинской помощи;
- необходимость реанимационных мероприятий.

СВ. Бородин, А.С. Михлин (1978) классифицируют мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке последовательного уменьшения их удельного веса) на следующие группы.

1. Лично-семейные конфликты, в том числе:

- несправедливое отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и

окружающих;

- ревность, супружеская измена, развод;
- потеря значимого другого, болезнь и смерть близких;
- препятствия к удовлетворению ситуационной актуальной потребности;
- неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других; одиночество,

изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;

- неудачная любовь;
- недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;
- половая несостоятельность.

2. Состояние психического здоровья, в том числе:

- реальные конфликты у психически больных;
- патологические мотивировки;
- постановка психиатрического диагноза.

3. Состояние физического здоровья, в том числе:

- соматические заболевания, физические страдания;
- уродства.

4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента, в том числе:

- опасение судебной ответственности;
- боязнь иного наказания или позора;
- самоосуждение за неблагоприятный поступок.

5. Конфликты в профессиональной или учебной сфере, в том числе:

- несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа;
- несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей.

6. Материально-бытовые трудности (чаще речь идет о завышенных притязаниях).

7. Другие мотивы и поводы.

Завершенные попытки самоубийства чаще совершают в ситуации одиночества, потери значимого другого, половой несостоятельности, супружеской измены. Разводы и семейные ссоры чаще приводят к самоубийству мужчин, чем женщин. С другой стороны, женщины тяжелее переживают болезнь и смерть близких, одиночество и неудачную любовь. Наиболее достоверным показателем риска самоубийства являются предшествующие суицидные попытки. Каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый Десятый умирает вследствие завершенной суицидной попытки.

При эндогенных депрессиях особая угроза суицида наблюдается в начале и в конце депрессивной фазы. То же относится к этапам лечения антидепрессантами, которые уменьшают заторможенность и стимулируют влечения. Высок риск суицида у больных шизофренией, алкоголизмом и у больных неизлечимыми соматическими заболеваниями. В группу повышенного риска также входят подростки из неблагополучных семей, беженцы, разведенные, женщины в климаксе и одинокие пожилые люди. Чаще, чем представители других профессий, совершают самоубийства врачи, особенно женщины; наибольший суицидальный риск приходится на психиатров.

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1978) наиболее важными экстраперсональными факторами повышенного суицидального риска считают:

- 1) психозы и пограничные психические расстройства;
- 2) суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, ранний постсуицидальный период (до трех месяцев);
- 3) подростковый возраст;
- 4) экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия (тюремное заключение, одиночество и т. п.);

- 5) утрата семейного и общественного престижа, особенно престижа в группе сверстников;
- 6) конфликтная и психотравмирующая ситуация;
- 7) пьянство и употребление сильнодействующих психотропных средств;

К внутриличностным факторам повышенного суицидального риска авторы относят:

- 1) акцентуации характера, преимущественно эпилептоидного и циклоидного типа;
- 2) сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- 3) неполноценность коммуникативной сферы;
- 4) неадекватность самооценки личностным возможностям;
- 5) отсутствие или утрату установок, определяющих ценности жизни.

В основу данной теории суицида положена концепция самоубийства как следствия социально-психологической дезадаптации личности в условиях неразрешенного микросоциального конфликта. Процесс дезадаптации разделяется на две фазы: predispositional и suicidal. Решающее

значение для перехода первой фазы во вторую имеет конфликт, который занимает центральное место в структуре суицидального акта. Суицид представляется для личности выходом из конфликта за счет самоустранения.

Суицид может представлять собой результат психического расстройства или являться поведенческим актом практически здоровой личности. Переход от одного полюса к другому лежит через широкую зону вариаций, которая образуется как за счет своеобразных личностных типов, так и за счет временных реакций. Причем состояния, в которых суициденты совершают самоубийство, имеют свои особенности, отличающие их от оптимального диапазона человеческих переживаний.

Выделено два взаимосвязанных уровня личностного механизма суицида, не специфического для какой-либо нозологической формы. Первый — это уровень, на котором протекает аффективно-эмоциональная реакция; другой — уровень усвоенной системы социальных ценностей. Соответственно на одном полюсе располагаются аффективные суициды при глубоких депрессиях и импульсивные самоубийства у психопатических личностей; на другом — «холодные суициды» с переживанием целевого тупика, краха основных ценностных установок и концепции «Я».

Описан «суицидогенный комплекс», включающий:

- 1) сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- 2) своеобразие когнитивной сферы (постоянное или проявляющееся во время кризиса);
- 3) неблагополучие коммуникативной сферы;
- 4) неадекватная возможностям личности самооценка (заниженная, лабильная или завышенная);
- 5) слабость личностной психологической защиты;
- 6) снижение и утрата ценности жизни.

Выделены суицидоопасные ситуационные непатологические реакции (Амбрумова, 1983), которые связаны с воздействием психотравмирующих факторов, вызывающих фрустрацию жизненно важных психологических потребностей и порождающих состояние психологического кризиса. По феноменологическим признакам и особенностям динамики выделено шесть типов непатологических реакций: эмоциональный дисбаланс, отрицательный баланс, пессимистическая реакция, демобилизация, оппозиция и дезорганизация. Важное значение в формировании подобных реакций придается влиянию трех параметров личности:

- 1) уровню лабильности/малоподвижности, стеничности/астеничности (динамические и энергетические уровни протекания эмоциональных процессов);
- 2) степени интеллектуального контроля и
- 3) характеристикам коммуникативной сферы. Показано, что затягивание кризиса обусловлено малоподвижностью и астенией; последняя, кроме того, способствует углублению кризиса. Проанализированы познавательные аспекты непатологических ситуационных реакций (Бергельсон, Понизовский, 1984).

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980) отмечают, что чем менее сформированы, монолитны, стабильны и включаемы невротические формы защиты (истерические, обсессивно-фобические, ипохондрические и др.), тем выше суицидальный риск. По-видимому, ошибочное мнение, что неврозы и суицид несовместимы, питается как раз фактами малой вероятности суицидального поведения при клинически оформленных, глубоких и далеко зашедших неврозах.

Разработана типология и динамика суицидоопасных реакций у психопатических личностей (Лазарашвили, 1983). Показано, что у психопатических личностей суицидоопасные реакции развиваются в связи с недостаточностью эмоционального контроля, склонностью к аффективным «разрядам». Характерной для указанных реакций является незначительная объективная обусловленность суицидального поведения, его склонность к импульсивному характеру и отрыву от актуальной ситуации. У больных с подобными реакциями отмечается тенденция к хроническому суицидальному поведению, повторным попыткам самоубийства. Выражена связь клинической формы реакции с типом личностных расстройств. У возбудимых личностей наблюдаются реакции тоскливо-депрессивные, тревожно-депрессивные, по дисфорическому типу и псевдораптоидные (раптус — взрыв отчаяния). Для истерических личностей характерны истеро-ипохондрические, аффективные злобно-оппозиционные реакции, реакции дезорганизации поведения и аффективно суженного сознания. Астенические личности дают реакции сенситивные, соматопсихического дискомфорта и псевдораптоидные.

Описаны суицидоопасные психогенные депрессии (Полякова, 1986), которые могут протекать в тревожно-тоскливой и истеро-депрессивной форме. Выделены два типа развития суицидоопасных психогенных депрессий:

- 1) депрессии, непосредственно возникающие после действия на личность психотравмирующего фактора и
- 2) «отставленные» депрессии.

Выявлена корреляция вариантов психогенной депрессии с типами акцентуации характера суицидентов.

С учетом ведущей роли семейной сферы в развитии психологического кризиса в ряде работ изучаются социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидентов (Постовалова, 1981; Амбрумова, Постовалова, 1983). Опережающий рост числа самоубийств и попыток самоубийства у молодых вызвал необходимость углубленного анализа возрастного аспекта суицида (Амбрумова, Жезлова, 1980; Вроно, 1983; Кибрик, Кушнарев, 1988; Скибина, 1990). При этом показаны истоки агрессивного и аутоагрессивного поведения в их взаимосвязи и зависимости от условий формирования личности. Выделены три ситуационно обусловленные аффективные реакции с суицидальным поведением: престижно-установочные, невротические (депрессивные и истерические), психопатические (эксплозивные). Описаны следующие варианты пресуицидальных состояний: астенический, гиперстенический, агрессивный, депрессивный и психопатический.

Федеральный (в прошлом Всесоюзный) научно-методический центр суицидологии сыграл большую роль в организации в стране разветвленной службы профилактики самоубийств. В соответствии с разработанной типологией суицида были созданы специализированные медико-психологические учреждения открытого типа, расположенные вне психиатрических больниц и ориентированные на различные диагностические группы: психически больных, пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами и наркологическими заболеваниями, практически здоровых, находящихся в состоянии психологического кризиса.

Были разработаны организационно-методические основы функционирования таких подразделений суицидологической службы, как Телефон Доверия, кабинет суицидолога психоневрологического диспансера, кабинет социально-психологической помощи районных поликлиник и кризисный стационар в многопрофильной городской больнице. Была разработана и внедрена в суицидологическую практику дифференцированная программа психотерапии суицидентов, ориентированная на различные типы суицидоопасных состояний.

К сожалению, в ходе социально-экономического кризиса, охватившего страну в 90-е годы, отечественная система превенции суицидов утратила свои прежние позиции. Во многих местах помощь суицидентам сводится к психиатрической госпитализации, что является негуманным и неэффективным — как терапевтически, так и с точки зрения материальных затрат. Часто подобная помощь ограничивается неотложными соматическими мероприятиями, проводимыми в отделениях скорой помощи, после выписки из которых суициденты нередко совершают повторные самоубийства. Таким образом, состояние суицидологической помощи в стране требует принятия срочных мер на правительственном уровне.

Организационные аспекты суицидологии

В медицине главным лекарством является сам врач.

Антоний Кемпинский

Большинство суицидентов остаются вне поля зрения психиатров, что требует организации специальной суицидологической службы, соответствующей принципам кризисной терапии. Несомненно, низкий уровень самоубийств за рубежом во многом является заслугой кризисных служб — во Франции они действуют в 150 городах, в Великобритании — в 300, в США — в 600, а после теракта 11 сентября 2001 г. в Нью-Йорке и Вашингтоне эта служба была значительно расширена. В России в настоящее время работает не более 20 психотерапевтических центров, в которых в том числе осуществляется прием и кризисных пациентов. В соответствии с Приказом МЗ РФ № 294 от 30.10.95 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» количество психотерапевтов в стране должно быть не менее 8 тысяч (в европейских странах и США этот показатель в 10-25 раз выше). В реальности в стране трудится лишь две тысячи психотерапевтов.

Кризисные службы по-разному относятся к суициду. Большинство телефонных служб работает с кризисными клиентами, обеспечивая раннюю профилактику суицидального поведения. В то же время имеются службы, созданные специально для работы с суицидентами. Одни службы видят свою задачу в недопущении самоубийства, выявляют местонахождение абонента и передают сведения в медицинские или полицейские структуры или посылают своего сотрудника к потенциальному самоубийце. Другие, напротив, признают право клиента избрать смерть, а некоторые используют даже рискованные провокации: предлагают клиенту покончить с собой и заключают с ним предсмертный договор, чтобы он смог ощутить дыхание смерти и в страхе остановиться.

Одной из целей кризисной терапии является стремление избежать госпитализации, которая

усложняет задачу адаптации пациента к его жизненному окружению. Поэтому пациентов без выраженного суицидального риска направляют в больницу лишь при наличии мотивации к стационарному лечению, иначе оно может стать пустой тратой времени. Компромиссным вариантом является лечение в условиях дневного или ночного (для работающих пациентов) стационара. В США еще в 1972 г. насчитывалось около 500 дневных и более 300 ночных стационаров. На базе полустационаров обычно организуются добровольные объединения по типу «клуба бывших пациентов» или группы родственников суицидентов.

Практикуется также пребывание в кризисном общежитии, которое находится в жилом доме вне больницы, отличается созданием домашней обстановки, практическим отсутствием персонала и организованных лечебных мероприятий, максимально свободным режимом. В общежитии находится не более четырех пациентов, срок пребывания в нем — до семи дней. Используются также домашние кризисные стационары, когда пациентов (обычно двух) помещают в чужую семью, где они находятся под динамичным наблюдением врача и медсестры в течение трех недель. Решающее значение для эффективности кризисного общежития и домашних стационаров имеет благотворное воздействие терапевтической среды.

Высокий суицидальный риск в сочетании с конфликтной ситуацией многими авторами расценивается как показание для кратковременного стационарного лечения, которое является начальной частью терапии. Однако проведение кризисного вмешательства в психиатрической больнице затруднено и малоэффективно. Имеются сообщения о проведении тематически-и межличностно-ориентированной групповой терапии в условиях терапевтического сообщества, включающего больных и персонал неврологического или терапевтического отделения. Возникающие в этом варианте трудности, связанные с тем, что проблемы суицидентов чужды основным задачам упомянутых отделений, устраняются созданием специализированных кризисных стационаров.

Показанием к лечению в кризисном стационаре является высокий суицидальный риск у больных с острым аффективным состоянием, в том числе психотическим. Срок лечения составляет 3-7 дней; количество коек в стационаре — 6-13. Пациентов обслуживает кризисная бригада в составе 2-3 психиатров, психотерапевта, социального работника и специально подготовленных медсестер. Ежедневно проводится интенсивная индивидуальная семейная и групповая кризисная терапия. Для такого стационара характерен свободный режим передвижения, стимуляция ответственности и самостоятельности пациентов, продолжение лечения после выписки амбулаторно или в другом отделении.

Таким отделением может быть специализированный «послекризисный стационар», курс лечения в котором длится 3-4 недели. Частота занятий приближается к амбулаторной кризисной терапии и составляет 2 индивидуальных и 1-5 групповых занятий в неделю. Располагаются подобные стационары обычно в многопрофильной больнице; с целью ускорить начало лечения период ожидания и сложности оформления сводятся к минимуму. Характерен акцент на социальной помощи, полустационарный режим, клубные формы работы.

Суицидологические центры за рубежом, как правило, работают на основе социально-психологического подхода, позволяющего привлекать обученных непрофессионалов; после купирования риска суицида клиент остается предоставленным себе. Отечественная модель суицидологической помощи выгодно отличается от зарубежных аналогов тем, что оказывается в рамках государственного здравоохранения на профессиональной основе, с соблюдением принципа преемственности.

Работа службы регламентируется Приказом Минздрава РФ № 148 от 06.05.98 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Структура суицидологической службы включает следующие звенья.

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

Основными задачами территориальной суицидологической службы являются:

- своевременное распознавание и купирование кризисных состояний;
- решение диагностических вопросов и применение мер профилактики самоубийств;
- кризисная терапия и реабилитация пациентов в постсуицидальном периоде;
- регистрация и учет самоубийств и покушений на самоубийство;
- проведение психопрофилактической работы с населением;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи лечебно-

профилактическим учреждениям прикрепленной территории по профилактике, раннему распознаванию и купированию кризисных состояний.

Суицидологическая служба должна состоять из четырех подразделений:

- 1) расположенный отдельно от психиатрической службы Телефон Доверия;
- 2) кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД); 3) кабинет социально-психологической помощи в поликлинике; 4) кризисный стационар в больнице общего профиля.

Суицидологическую службу в полном объеме следует развертывать в составе республиканского, краевого или областного ПНД, а также на базе одного из диспансеров Москвы и Санкт-Петербурга. В качестве координатора службы (на правах 0,5 должности заведующего отделением) целесообразно назначать врача суицидологического кабинета ПНД, имеющего опыт административной работы, который отвечает за:

- организацию и координацию деятельности всех подразделений службы;
- укомплектование штатных должностей и подготовку кадров;
- доведение до сведения сотрудников службы инструктивных и методических материалов по актуальным вопросам суицидологии;
- контроль за реализацией упомянутых материалов;
- сбор сведений о суицидальных попытках на территории обслуживания;
- составление аналитических годовых отчетов о деятельности службы;
- личное участие в решении сложных диагностических и лечебных проблем;
- привлечение общественности к работе по профилактике самоубийств.

Подразделения суицидологической службы необходимо укомплектовывать исходя из следующего расчета:

Врач-суицидолог — 1,0 должность на 100 тыс. нас (0,5 должности на 50 тыс. нас);

Медицинский психолог — 1,0 должность на 100 тыс. нас. (0,5 должности на 50 тыс. нас);

Социальный работник — 1,0 должность на 100 тыс. нас. (0,5 должности на 50 тыс. нас);

Медицинская сестра — 1,0 должность на 100 тыс. нас;

Санитарка — 1,0 должность на 100 тыс. нас.

Рекомендуемые нормы нагрузки и распределение времени сотрудников амбулаторных подразделений суицидологической службы:

1. Норма нагрузки врача-суицидолога составляет: на амбулаторном приеме — 2,5 посещения в час; при консультации в стационаре — 2 консультации в час; при посещении на дому — 1 посещение за 1,5 часа.

2. Норма нагрузки психолога на обследовании составляет: 3 часа на 1 обследование, в том числе работа с пациентом — 2 часа; подготовка к обследованию, анализ данных и составление заключения — 1 час.

3. Норма нагрузки социального работника составляет на амбулаторном приеме — 2,5 посещения в час, вне кабинета — 1 посещение за 1,5 часа.

Телефон Доверия является подразделением экстренной психотерапевтической помощи, которое осуществляет круглосуточное купирование различных кризисных состояний, межличностных и социальных конфликтов на ранних их этапах, психологически поддерживает одиноких лиц.

Рекомендуемые штатные нормативы Телефона Доверия: на 1 млн. населения: 2 врача-психиатра (психотерапевта), 2 медицинских психолога, 2 медицинских сестры, 0,5 должности медицинского статистика.

КАБИНЕТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кабинет социально-психологической помощи (КСПП) является структурным подразделением ПНД и предназначен для выявления и амбулаторного обслуживания лиц с кризисными и суицидоопасными состояниями среди контингентов населения, не нуждающихся в диспансерном наблюдении.

КСПП должны располагаться в территориальных поликлиниках, медсанчастях крупных промышленных предприятий и вузов и профилизоваться для приема и оказания помощи: взрослому населению, студентам вузов, подросткам — в том числе с начальными формами наркотизации и алкоголизации.

КСПП для подростков должны располагаться в отдельных помещениях. Врач подросткового КСПП должен иметь специализацию по подростковой психиатрии. Особенностью подросткового КСПП является также необходимость проведения психогигиенической и психопрофилактической работы с родителями, сотрудниками системы народного просвещения и профтехобразования и работниками городской и районных инспекций по делам несовершеннолетних; указанная работа служит, в частности, дополнительным источником выявления суицидального поведения у подростков.

При обнаружении у подростка суицидоопасного состояния неамбулаторного уровня врач КСПП осуществляет госпитализацию подростка в психиатрическую больницу или в Кризисный стационар.

В КСПП может анонимно обратиться любое лицо. Показаниями для дальнейшего ведения пациентов КСПП и оказания им медицинской и социально-психологической помощи служат:

- непатологические и невротические ситуационные реакции;
- психопатические реакции, ситуационные декомпенсации психопатий;
- психогенные и невротические депрессии в невыраженной форме;
- патологические развития личности;

психогенно обусловленные реакции больных психическими и наркологическими заболеваниями на фоне полноценных длительных ремиссий и малопрогрессирующего течения.

КСПП не проводит военной, трудовой, судебно-психиатрической экспертизы и не составляет справок и документов для учреждений, за исключением органов суда и следствия. Сведения о лицах, обратившихся в КСПП самостоятельно, не подлежат огласке и передаче в другие лечебные учреждения. В случае подозрения на наличие душевного или наркологического заболевания у пациента, самостоятельно обратившегося в КСПП, врач КСПП не должен посылать уведомление в психоневрологический (наркологический) диспансер, а обязан указать больному и сопровождающим его лицам на необходимость посетить соответствующий диспансер. Исключением являются больные с острыми психотическими расстройствами, представляющие социальную опасность для себя и окружающих, сведения о которых передаются в диспансер в установленном порядке.

Частота повторных посещений КСПП пациентами любой диагностической категории, как и назначение им психотропных препаратов, определяется исходя из состояния обратившегося, не лимитируется и не может служить основанием для передачи пациента под наблюдение диспансера. Первичные и повторные явки пациентов в КСПП обеспечиваются в соответствии со строгим соблюдением деонтологических принципов, на добровольных началах, с исключением каких-либо элементов принуждения или придания огласки.

В КСПП работают: врач-психиатр, прошедший специализацию по суицидологии и психотерапии, медицинский психолог, социальный работник и медицинская сестра.

Врач КСПП обязан:

- проводить амбулаторно обследование, терапевтическое и реабилитационное ведение всех лиц, совершивших суицидные попытки и находящихся в кризисных состояниях;
- выдавать при необходимости листы временной нетрудоспособности и справки об освобождении от учебы;
- при наличии соответствующих показаний выдавать направления на госпитализацию в Кризисный стационар;
- при обращении органов внутренних дел принимать участие в качестве эксперта при расследовании дел, связанных с самоубийствами;
- систематически проводить занятия с медицинскими работниками территории обслуживания по мерам профилактики самоубийств; пропагандировать психогигиенические знания и навыки среди населения территории путем проведения лекций, бесед, семинаров и т. п.; разъяснять населению задачи и функции КСПП;
- вести медицинскую документацию в соответствии с установленными правилами; при обнаружении суицидных проявлений пометать в амбулаторных картах: «суицидальная попытка» или «суицидальные намерения» с указанием даты;
- составлять отчет о проделанной работе, представляя его руководителю суицидологической службы и главному врачу диспансера, в ведении которого находится КСПП.

Обязанности медицинского психолога и социального работника совпадают с изложенными ниже обязанностями соответствующих специалистов суицидологического кабинета диспансера.

Медицинская сестра КСПП обязана:

- составлять еженедельные сводки обо всех случаях самоубийств и покушений среди населения территории обслуживания, не состоящих под наблюдением диспансера, на основе сведений, полученных в кабинете суицидолога диспансера;
- вести на основе полученной информации суицидологическую картотеку, находящуюся в КСПП;
- обеспечивать в установленные врачом сроки первичные и повторные явки пациентов в КСПП

путем личного контакта с пациентом;

- совместно с врачом участвовать в амбулаторном приеме пациентов, помогать врачу в ведении медицинской документации и составлении годовых отчетов.

КАБИНЕТ СУИЦИДОЛОГА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Суицидоопасный контингент психоневрологического диспансера. Душевнобольные гораздо чаще совершают самоубийство, чем здоровые. Суицидальный риск у страдающих реактивной депрессией в 100 раз выше, чем у здоровых людей, при эндогенной депрессии — в 48 раз, при шизофрении — в 32 раза. Среди лиц, госпитализированных в психиатрическую больницу в связи с покушением на самоубийство, 60% совершают повторные суицидальные действия в течение полугода после выписки из стационара. Отмечено, что риск суицидального поведения среди больных эндогенными психозами более выражен: у молодых больных с хроническим рецидивирующим течением заболевания; при высоком преморбидном интеллектуальном и социальном уровне; при наличии высокого уровня притязаний; в случае панической реакции на болезнь; при восприятии будущего как полной безнадежности.

По данным В.Е. Цупруна (1986, 1989), суицидальный риск у женщин, состоящих под наблюдением психоневрологического диспансера, в 1,5 раза выше, чем у мужчин. Попытки самоубийства чаще совершают больные в возрасте 20-29 лет, затем суицидальная активность постепенно снижается. Среди больных с завершёнными суицидами показатель самоубийств достигает своего максимума в возрасте 50-59 лет для лиц обоего пола.

Среди больных с суицидоопасным поведением в несколько раз больше лиц с делинквентным поведением по сравнению с аналогичным показателем по диспансеру. Количество покушений растет весной и снижается осенью. Больше всего суицидных попыток совершается с 18 до 24 часов. Половина больных прибегают к самоотравлению (чаще — женщины), причем в большинстве случаев используют психотропные и снотворные средства. Каждый третий вскрывает вены (чаще — мужчины), каждый десятый вешается.

Наибольший суицидальный риск обнаруживают больные с реактивными депрессиями и психопатиями, несколько меньший — больные аффективными психозами и шизофренией. Через 5 лет после начала заболевания у больных шизофренией суицидальная активность уменьшается в связи с нарастанием эмоционального и энергетического дефицита. Мотивация попыток самоубийства при реактивных депрессиях, психопатиях и неврозах определяется в основном психотравмирующими ситуациями. При аффективных психозах и шизофрении в периоды обострений ведущую роль в мотивации суицидального поведения играют аффективно-бредовые психопатологические расстройства, в ремиссиях возрастает роль реальных конфликтных ситуаций.

У больных параноидной формой шизофрении и психопатией возбудимого и астенического круга наблюдается хроническая дезадаптация, при которой повторные покушения на самоубийство обнаруживают 60% больных. Клиническая картина шизофрении в этих случаях определяется параноидной симптоматикой с астено-апатическими включениями на этапе ремиссии. Сформированное в течение процесса пессимистическое мировоззрение в сочетании с расстройствами мышления, парадоксальностью суждений создает условия для возникновения стойких коммуникативных нарушений, сопровождаемых непереносимым чувством отчуждения. Пациентам, страдающим психопатиями, свойственны интроверсия, чрезмерная ранимость, тревожность, расстройства настроения, «недержание» аффекта. Психопатологическая симптоматика у описанных больных отличается выраженностью и стабильностью. Межличностные конфликты (как реальные, так и обусловленные болезненными переживаниями) характеризуются чувством безысходности и определяют возникновение и длительное существование суицидальных тенденций. Наблюдение суицидентов с хронической дезадаптацией включает систематическое наблюдение суицидолога, жесткий регламент явок в диспансер, активный врачебный и сестринский патронаж, тщательную оценку суицидального риска, дифференцированную психофармакологическую терапию, своевременную госпитализацию.

У больных маниакально-депрессивным психозом, циклотимией и простой шизофренией наблюдается периодическая дезадаптация с дезадаптационными кризами, во время которых 30% больных совершают повторные суицидные попытки. В психическом статусе преобладают депрессивные,

дистимические и астено-апатические расстройства. Сенситивность, недостаточная активность и общительность больных создают предпосылки для преувеличения значимости реальных конфликтных ситуаций, нередко с неадекватной реакцией на них и усилением собственно болезненных переживаний

с чувством несостоятельности, малоценности. Больным с частыми кризами адаптации проводят психотерапию, направленную на повышение самооценки и самопринятия, психологической устойчивости, активности, организуют помощь со стороны ближайшего социального окружения. Необходим строгий контроль посещений больными суицидолога не реже двух раз в месяц, тесный контакт суицидолога с семьей и родственниками суицидента, патронаж на дому и производстве, оперативная госпитализация при наличии показаний.

У больных психопатоподобной шизофренией, органическими поражениями ЦНС с психопатоподобной симптоматикой, а также психопатиями возбудимого и истерического типа с грубыми поведенческими расстройствами наблюдается периодическая дезадаптация с девиантным поведением. Аутоагрессивные действия в таких случаях имеют чаще протестный и демонстративный характер, повторные суициды отмечаются у 50% больных. Больных характеризуют выраженные эмоционально-волевые нарушения, асоциальные установки, девиантное и делинквентное поведение, нетерпимость ограничений. Эти особенности способствуют усложнению конфликтных отношений, вызывают у больных эксцессы поведения, нередко с проявлением гетеро- и аутоагрессии. В ведении пациентов с периодической дезадаптацией при наличии поведенческих нарушений используются соннапакс и неулептил; при периодических аффективных расстройствах применяется комбинация антидепрессантов, нейролептиков и лития. Психотерапия направлена на ценностную переориентацию личности, разрушение шаблона демонстративного суицидального поведения.

Кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) является структурным подразделением данного учреждения и предназначен для обслуживания суицидентов и больных с суицидоопасными состояниями, находящимися под наблюдением ПНД. В суицидологическом кабинете ПНД (диспансерного отделения) работают врач-психиатр, имеющий специализацию по суицидологии, медицинский психолог, социальный работник и медицинская сестра.

Контингент больных, подлежащих наблюдению в суицидологическом кабинете, представлен двумя группами: 1) больные, совершившие попытку самоубийства и 2) больные с суицидальными тенденциями. Больных 1-й группы следует брать под наблюдение кабинета суицидолога в кратчайшие сроки после совершения ими суицидной попытки. В тех случаях, когда они после покушения на самоубийство помещаются в психиатрическую больницу, суицидолог должен в течение первой недели обследовать их в стационаре и затем еженедельно контролировать их состояние, принимая консультативное участие в ведении больных и комиссионной выписке из стационара. При этом совместно с лечащим врачом уточняется клиническое состояние, выявляется сфера локализации конфликта, степень его актуальности после покушения на самоубийство, подбирается адекватная терапия и выясняется необходимость в социальной помощи со стороны ПНД.

При первом обследовании в условиях психиатрического отделения с суицидентами устанавливается терапевтический контакт, который сохраняется и поддерживается в дальнейшем в период амбулаторного наблюдения. В основе этого контакта лежит подход, направленный на восстановление позитивного, конструктивного отношения к жизни, к своему личному и социальному статусу с учетом особенностей микросоциальной среды.

Если больные после покушения на самоубийство не госпитализируются, их необходимо в кратчайшие сроки пригласить в суицидологический кабинет, где они наблюдаются в дальнейшем с целью реадaptации и профилактики повторных суицидальных действий.

Индивидуальная тактика ведения суицидентов варьирует в зависимости от типа постсуицида, степени выраженности суицидального риска, особенностей течения реакции, психического статуса и конкретных микросоциальных условий. Рекомендуются следующая схема явки суицидентов в кабинет.

Для суицидентов, прошедших курс стационарного лечения: в первые 2 месяца после выписки из психиатрической больницы — еженедельные посещения; в последующие 2 месяца — 1 раз в месяц; далее в течение полугода — ежемесячно; по истечении этого срока — контрольная явка. Для суицидентов, не госпитализированных в больницу: в первые 2 недели после попытки — 1 раз в 3-4 дня; в последующие полтора месяца — еженедельно; далее в течение полугода — ежемесячно с контрольной явкой через год после покушения.

Пациенты 2-й группы — не совершавшие попытки самоубийства, но обнаруживающие суицидальные тенденции, при наличии показаний госпитализируются в психиатрическую больницу или Кризисный стационар. Показаниями для госпитализации служат: тревожная депрессия в пожилом возрасте, ипохондрические раптоидные состояния, галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями аутоагрессивного содержания, острые состояния страха с ажитацией, депрессивно-параноидные состояния с переживаниями вины или «угрозы жизни». Показаниями для госпитализации являются также тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями, депрессивные состояния при наличии неблагоприятной микросоциальной среды, острые депрессивные реакции на психотравмирующую ситуацию у

процессуальных больных в ремиссии, психогенные реакции у невротических и психопатических личностей.

При определении показаний к госпитализации в каждом конкретном случае следует учитывать не только клинические характеристики состояния, наличие суицидальных переживаний, но и социально-психологическую ситуацию в целом, и, что не менее важно, антисуицидальные ресурсы личности. Причем ко всем вышеперечисленным категориям пациентов (за исключением, пожалуй, двух последних) может быть применен критерий опасности для себя как фактор, позволяющий обосновать в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав при ее оказании» от 02.07.92 необходимость их недобровольной психиатрической госпитализации. Что касается двух последних групп пациентов, то тут речь может идти о возможности их помещения в Кризисный стационар, и поэтому психотерапевтический контакт врача-суицидолога позволяет получить согласие пациента на госпитализацию.

В соответствии с вышеизложенными принципами врач суицидологического кабинета обязан:

- обследовать по направлению участковых психиатров больных с суицидоопасными тенденциями; осуществлять динамическое диспансерное наблюдение и лечение этих больных вплоть до ликвидации суицидального риска; при отказе больных от лечения у суицидолога давать участковому врачу подробные рекомендации по их дальнейшему терапевтическому ведению;
- активно выявлять на участках обслуживания больных, совершивших суицидные попытки, и осуществлять их диспансерное наблюдение в течение года с момента покушения;
- участвовать в ведении и выписке больных территории обслуживания, помещенных в психиатрическую больницу в связи с суицидной попыткой; в последующем наблюдать их амбулаторно в течение года;
- обследовать лиц, направляемых из кабинетов социально-психологической помощи поликлиник, и решать вопрос о необходимости их лечения в суицидологическом кабинете диспансера. В случае такой необходимости осуществлять их лечение вплоть до ликвидации суицидального риска. При отсутствии показаний для лечения в суицидологическом кабинете направлять психически больных к участковым психиатрам; выдавать больным при необходимости листы временной нетрудоспособности;
- при наличии соответствующих показаний обеспечивать госпитализацию пациентов в психиатрическую больницу или в Кризисный стационар;
- на еженедельных совещаниях врачей диспансера докладывать обо всех случаях самоубийств и покушений среди больных, состоящих под диспансерным наблюдением, с их кратким анализом и изложением превентивных рекомендаций;
- осуществлять координацию работы медицинского психолога, социального работника и медицинской сестры;
- в конце года представлять руководителю территориальной суицидологической службы и главному врачу диспансера, в котором расположен суицидологический кабинет, отчет о проделанной работе.

Врач-суицидолог должен вести медицинскую документацию в соответствии со следующими правилами.

- При направлении больного в суицидологический кабинет в амбулаторной карте участковый психиатр должен делать запись «направлен к суицидологу».
- Врач-суицидолог должен делать записи под обозначением «консультация суицидолога» или «взят под наблюдение суицидолога»; в последнем случае больной полностью переходит под наблюдение суицидологического кабинета.
- На больных, взятых под наблюдение суицидолога, необходимо заводить карточки посещений и расставлять их по датам очередной явки. При передаче больного для дальнейшего ведения участковому психиатру в амбулаторной карте необходимо сделать запись: «снят с учета суицидолога».

При обследовании суицидентов в психиатрическом или соматическом стационаре делать консультативную запись в истории болезни, а при выписке больного ставить свою подпись под комиссионным заключением (совместно с зав. отделением и лечащим врачом).

Медицинский психолог суицидологического кабинета обязан:

- участвовать совместно с врачом в амбулаторном приеме пациентов;
 - проводить по назначению врача экспериментально-психологическое обследование пациентов и заносить результаты исследования в амбулаторную карту;
 - участвовать в организации и проведении различных форм психотерапии;
 - вести систематическую работу среди населения по пропаганде психогигиенических знаний.
- Социальный работник суицидологического кабинета обязан:
- выполнять указания врача-суицидолога по проведению социального обследования и

реабилитационных мероприятий, осуществляя контакт диспансера с производственными учреждениями, общественными организациями и родственниками больных;

- оказывать социальную помощь пациентам, находящимся под наблюдением суицидологического кабинета, осуществляя связь с органами социальной защиты, комитетами по делам беженцев, семьи и молодежи;

- оказывать пациентам помощь в трудоустройстве и необходимую правовую защиту в административных и судебных учреждениях.

Медицинская сестра суицидологического кабинета обязана:

- составлять еженедельные сводки обо всех случаях самоубийства и покушений среди жителей района обслуживания на основании экстренных извещений Скорой помощи, запросов по телефону дежурной части РУВД и приемных отделений соматических больниц района;

- выявлять среди суицидентов района обслуживания больных, состоящих под наблюдением в ПНД и взятых под наблюдение после покушения на самоубийство, путем сверки полученных сведений с картотекой диспансера; при этом в амбулаторную карту указанных лиц необходимо вносить дату суицидной попытки и делать запись: «на прием к суицидологу»;

- выявлять среди суицидентов района обслуживания больных, госпитализированных в психиатрическую больницу в связи с покушениями на самоубийство, путем запросов по телефону приемного отделения соответствующей психиатрической больницы;

- составлять и вести на основе полученной информации централизованную суицидологическую картотеку, находящуюся в кабинете суицидолога (истории болезней больных, находящихся под наблюдением суицидологического кабинета, следует хранить в общей регистратуре);

- обеспечивать в установленные врачом-суицидологом сроки первичные и повторные явки больных в кабинет путем личного контакта с ними;

- при посещении больных на дому заполнять патронажные листы;

- совместно с врачом участвовать в амбулаторном приеме пациентов, помогать врачу в ведении медицинской документации и составлении годовых отчетов;

еженедельно передавать сведения о суицидентах, состоящих под наблюдением в диспансере и взятых под наблюдение, врачу суицидологического кабинета; не состоящих под наблюдением в диспансере и не взятых под наблюдение — медицинским сестрам кабинетов социально-психологической помощи, расположенных на территории обслуживания.

Эффективность работы суицидологического кабинета целесообразно оценивать по следующим критериям:

- показатель повторности суицидальных действий психически больных (в течение первого года после покушения на самоубийство);

- показатель количества реализованных суицидальных попыток у лиц с суицидальными состояниями, находившихся под наблюдением кабинета;

- показатель выявляемости больных с суицидальным риском;

- степень совпадения по ряду параметров лиц с суицидоопасными состояниями и суицидентов.

КРИЗИСНЫЙ СТАЦИОНАР

Кризисный стационар является структурным подразделением больницы Скорой помощи либо выделенной для стационарной суицидологической помощи иной соматической больницы и предназначен для изоляции от психотравмирующей ситуации, краткосрочной (2-4 недели) интенсивной терапии и реабилитации лиц, находящихся в состоянии суицидоопасного психологического кризиса. Необходимость организации Кризисного стационара вне структуры психиатрического учреждения обусловлена тем, что среди суицидоопасных контингентов населения значительный удельный вес составляют лица практически здоровые или с пограничными нервно-психическими расстройствами, оказание помощи которым в психиатрических больницах представляется неадекватным и имеет известные отрицательные последствия.

Медицинский персонал Кризисного стационара входит в штатное расписание больницы, на базе которой он развернут в соответствии с рекомендуемыми ниже штатными нормативами, и пользуется льготами персонала психиатрических учреждений.

Кризисный стационар разворачивается из следующего расчета: в городах с населением от 300 до 500 тыс. чел. — на 20 коек, от 500 тыс. чел. до 1 млн. — на 30 коек, от 1 млн. и более — до 60 коек. В городах с населением менее 300 тыс. выделяется не менее 10 реабилитационных суицидологических коек в отделениях, куда в основном доставляются Скорой помощью суициденты: токсикологическое, травматологическое, психосоматическое и т. п.

Должность заведующего Кризисным стационаром (зав. отделением) устанавливается на 30 и более коек; при меньшем количестве коек функции зав. отделением выполняются за счет дополнительных 0,5 ставки врача.

Количество коек Кризисного стационара на 1 должность: врача-суицидолога — 10 коек, медицинского психолога — 15, социального работника — 20, палатной медицинской сестры (1 круглосуточный дежурный пост) — 20, палатной санитарки (1 круглосуточный дежурный пост) — 20, санитарки-буфетчицы — 30, санитарки-ванщицы — 30. Кроме того, на отделение выделяется по 1 должности старшей медсестры, процедурной медсестры и сестры-хозяйки.

Основной поток пациентов Кризисного стационара формируется в КСПП, но не исключается и направление больных из психоневрологического диспансера и от службы Телефона Доверия. Часть пациентов переводится также из реанимационных и психосоматических отделений городских больниц, в которые они были доставлены Скорой помощью по поводу суицидных попыток.

Показаниями для направления в Кризисный стационар служат:

- высокая актуальность психотравмирующей ситуации с сохранением суицидальных тенденций у лиц, совершивших покушение на самоубийство в состоянии психологического кризиса;

- невротические ситуационные реакции, ситуационные декомпенсации психопатий, психогенные и невротические депрессии, реактивные состояния, сопровождающиеся активными аутоагрессивными тенденциями в ближайшем постсуициде, у находящихся в ремиссии эндогенных больных, критически относящихся к своему заболеванию; выраженность соматических осложнений попытки самоубийства, требующих стационарного лечения.

Противопоказаниями для госпитализации в Кризисный стационар служат тяжелые соматические заболевания, острые психотические состояния, алкогольная и наркотическая зависимость в состоянии декомпенсации.

Направление пациентов в Кризисный стационар осуществляется врачами-суицидологами амбулаторных подразделений суицидологической службы, а также непосредственно врачами-психиатрами с амбулаторного приема. Прием пациентов в Кризисный стационар производится врачом Кризисного стационара через приемный покой больницы.

Основными методами лечения и реадaptации в Кризисном стационаре являются кризисная психотерапия и социальная реабилитация в сочетании с медикаментозной терапией; отделение работает в режиме открытых дверей с широким использованием домашних отпусков; при этом посетители допускаются к пациенту по его согласию.

Специфика задач работы Кризисного стационара требует максимальной интенсификации труда всех специалистов, слаженности в их работе, что облегчается с помощью бригадного метода ведения пациентов. При этом работа с пациентом осуществляется бригадой в составе психиатра (психотерапевта), медицинского психолога и социального работника при ведущей роли врача. Подобная форма обслуживания обеспечивает большую эффективность работы за счет более полного сбора сведений о пациенте, локализации его проблемы и выбора более адекватной тактики разрешения кризиса, а также разделения общей ответственности за пациента.

В случаях обострения психопатологической симптоматики, требующей интенсивной терапии в условиях закрытого отделения, пациенты переводятся в психиатрическую больницу с соблюдением Закона РФ о психиатрической помощи от 02.07.92. Листы временной нетрудоспособности Кризисного стационара оформляются в соответствии с общими правилами; в целях соблюдения деонтологических принципов не рекомендуется указывать суицидологический или психиатрический диагноз.

После выписки из кризисного стационара для дальнейшего амбулаторного наблюдения направляются следующие пациенты: а) находящиеся под наблюдением в психоневрологическом диспансере или нуждающиеся в наблюдении — в суицидологические кабинеты ПНД; б) не состоящие под наблюдением ПНД и не нуждающиеся в наблюдении — в КСПП. Выписка из истории болезни направляется в указанные амбулаторные звенья службы в течение трех дней.

Врачи-суицидологи, работающие в Кризисном стационаре (или на суицидологических койках в ургентном отделении), консультируют всех суицидентов, находящихся на стационарном лечении в данной больнице, решают вопросы дальнейшей терапевтической и реабилитационной тактики для каждого больного и проводят отбор кризисных пациентов для перевода их в Кризисный стационар или на суицидологические койки.

НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СЕКТОР СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Наркологический сектор суицидологической службы предназначен для профилактики суицидального поведения у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и

токсикоманией, терапии и реабилитации суицидентов наркологического профиля. Данный сектор включает суицидологический кабинет для больных наркологического профиля, суицидологический наркологический стационар и реабилитационный психотерапевтический клуб.

В суицидологическом кабинете осуществляется выявление, учет и амбулаторное ведение больных алкоголизмом с повышенным риском возникновения первичных и повторных суицидальных действий. Кабинет работает с соблюдением принципа анонимности пациентов. Направление больных в суицидологический кабинет обеспечивается врачами-наркологами межрайонных наркологических диспансеров, врачами психосоматических отделений, КСПП и Кризисного стационара. Показаниями для направления в суицидологический кабинет служат:

- постсуицидальные состояния у больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, совершивших непсихотические суицидные попытки;

- суицидальные мысли и высказывания в состоянии интоксикации;
- стойкие суицидальные тенденции в абстинентном и постабстинентном периодах;
- депрессивный и дисфорический тип алкогольного опьянения;
- стойкие депрессивные и дисфорические проявления в клинике заболевания;
- личностно значимые микросоциальные конфликты у больных в начальных стадиях

заболевания;

- рецидив заболевания после ремиссии, длившейся 6 мес. и более.

В кабинете работают врач, психолог и средний медицинский работник. В функции врача входит:

- амбулаторное обследование, терапевтическое и реабилитационное ведение больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями. Поток пациентов образуется путем активного вызова суицидентов работниками кабинета на основе еженедельных сводок из психосоматических отделений больниц о суицидных попытках, совершенных наркологическими больными;

- организация учета суицидоопасного контингента среди наркологических больных с активной диспансеризацией не реже двух раз в год;

- экстренная госпитализация больных в остром постсуицидальном периоде в специализированное суицидологическое отделение, а также направление на стационарное лечение в наркологические отделения при рецидивах заболевания у больных, не обнаруживающих повышенного суицидального риска. Направление на стационарное лечение осуществляется через приемное отделение больницы путем выдачи специально маркированных путевок;

- оказание пациентам необходимой социальной и правовой помощи;

- Проведение систематических занятий с врачами наркологических больниц и наркологических диспансеров по методам выявления суицидоопасных состояний у наркологических больных и мерам профилактики самоубийств.

В функции медицинского психолога входит:

- участие в амбулаторном приеме больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями совместно с врачом-наркологом;

- проведение по назначению врача экспериментально-психологического обследования больных с целью определения суицидального риска и выявления антисуицидальных факторов. Результаты обследования в виде развернутого заключения с рекомендациями психотерапевтических и реабилитационных программ вносятся в амбулаторную карту;

- участие в организации и проведении сеансов психотерапии и социально-реабилитационных мероприятий.

В функции медицинской сестры входит:

- сбор сведений о попытках самоубийств среди наркологических больных в психосоматических отделениях не реже одного раза в неделю;

- верификация полученных сведений в наркологических диспансерах;

- составление и ведение на основе полученной информации суицидологической картотеки наркологических больных;

- обеспечение в установленные врачом сроки первичных и повторных явок пациентов в кабинет путем вызова по почте, телефону, посещениях их на дому;

- проведение социального обследования и реабилитационных мероприятий совместно с соответствующими учреждениями, организациями и родственниками больных, находящихся на учете в наркологическом кабинете (по указаниям врача и медицинского психолога);

- участие в составлении итоговых отчетов.

Суицидологический наркологический стационар на 30 коек развертывается в составе отделения наркологической больницы и подчиняется зав. отделением. Показаниями для направления в наркологический стационар служат:

- постсуицидальные состояния с признаками дезадаптации у наркологических больных,

совершивших непсихотические суицидные попытки;

- постабстинентные астено-депрессивные расстройства с наличием суицидальных тенденций;
- ситуационные реакции и реактивные депрессии с суицидальными тенденциями у больных алкоголизмом (в том числе на фоне полноценной ремиссии);
- рецидивы заболевания при наличии личностно значимых психотравмирующих факторов и суицидальных тенденций.

Противопоказаниями для направления в суицидологический наркологический стационар служат: тяжелые соматические заболевания, психотические состояния и алкоголизм в конечных стадиях заболевания с выраженным психоорганическим синдромом. Направление пациентов в суицидологический наркологический стационар осуществляют врач-нарколог суицидологического наркологического кабинета, сотрудники Суицидологического центра, врачи-наркологи приемного отделения наркологической больницы (по согласованию с зав. отделением).

Основным методом лечения и реадaptации в стационаре является индивидуально подобранная фармакотерапия в комплексе с индивидуальной, семейной и групповой психотерапией. В случае возникновения алкогольных психозов больные переводятся в специализированные отделения или палаты наркологической больницы. При обострении психопатологической симптоматики, требующей интенсивной терапии, пациенты переводятся в психиатрическую больницу.

Листы нетрудоспособности оформляются в соответствии с общими правилами для наркологических отделений. После выписки из стационара больные направляются для дальнейшего амбулаторного наблюдения в суицидологический наркологический кабинет или наркологический диспансер по месту жительства. Выписки из истории болезней направляются в указанные амбулаторные учреждения в течение 10 дней после выписки.

Методические аспекты кризисной терапии

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

То, что мы называем отчаянием, — часто лишь мучительная досада на несбывшиеся надежды.

Томас Элиот

Е. Ringel (1976) описал диагностически важный пресуицидальный синдром/ основанный на триаде: сужение, инверсия агрессии и суицидальные фантазии. В синдром входят следующие признаки.

- Резкое и почти внезапное сужение интеллектуального фона, ограничение мыслительных процессов, сужение содержания мышления, ослабление способности видеть жизнеспособные варианты, которые в обычном состоянии пришли бы на ум.

- Сужение восприятия, уход в себя, чувства одиночества, бессмысленности и безвыходности.

Сильное смятение, то есть обострение переживания человеком состояния полного крушения (планов, надежд и т. п.).

- Бессильная агрессия и упреки в адрес других, болезненно ощущаемое «опускание рук», сообщение о намерении покончить с собой.

- Повышенная неприязнь к себе, проявляющаяся в усилении самоотречения, ненависти к себе, стыда, вины, самообвинения, а также в действиях, идущих вразрез со своими собственными жизненными устремлениями.

- Идея прекращения, внезапное озарение, что существует возможность положить конец страданиям путем остановки этого непереносимого потока сознания.

- Бегство в фантазию, которая все более заполняется мазохистски сладострастными сценами страданий, которые придется пережить значимым другим после суицида.

- «Затишье перед бурей», когда внешне невозмутимый пациент в деталях разрабатывает план самоубийства.

Большинство авторов выделяют следующие поведенческие индикаторы суицидального риска:

- злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем;
- эскейп-реакции (уход из дома и т. п.);
- самоизоляция от других людей и жизни;
- резкое снижение повседневной активности;
- изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;

- «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам, раздаривание личных вещей).

P. Kielholz, W. Poldinger, C. Adams (1981) при оценке суицидального риска учитывают следующие факторы.

Собственно суицидная тематика и указания на суицид.

1. Предшествовавшие суицидные попытки.
2. Наличие суицидов в роду или близком окружении.
3. Прямые или косвенные угрозы самоубийства.
4. Заявления о конкретных планах, подготовке к выполнению суицида.
5. «Зловещее спокойствие» после суицидных угроз и агитации.
6. Сновидения с сюжетами самоуничтожения, падений, катастроф.

Специфические симптомы и синдромы.

1. Тревожно-ажитированное поведение.
2. Затяжные нарушения сна.
3. Накапливание аффекта и агрессивных тенденций.
4. Начало и завершение депрессивных фаз, смешанные состояния.
5. Состояния биологических кризов (пубертат, беременность, климакс).
6. Выраженное чувство вины, собственной несостоятельности.
7. Неизлечимые заболевания.
8. Ипохондрический бред.
9. Алкоголизм и токсикомания.

Влияние окружения.

1. Деформация семьи в детстве («разрушенное гнездо»).
2. Профессиональные и финансовые трудности.
3. Отсутствие обязанностей, жизненной цели.
4. Отсутствие или потеря межличностных связей.
5. Отсутствие или потеря устойчивых религиозных убеждений.

Б. Любан-Плоцца с соавт. (2000) приводят опросник для определения риска суицида, который тем выше, чем больше ответов «да» на вопросы 1-11 и «нет» на вопросы 12-16.

1. Приходилось ли вам в последнее время думать о самоубийстве?
2. Если да, то часто ли?
3. Возникали ли такие мысли невольно?
4. Есть ли у вас конкретное представление о том, как бы вы предпочли лишиться себя жизни?
5. Начинали ли вы подготовку к этому?
6. Говорили ли вы уже кому-нибудь о своих суицидных намерениях?
7. Пытались ли вы уже когда-нибудь лишиться себя жизни?
8. Был ли в вашей семье или в кругу друзей и знакомых случай самоубийства?
9. Считаете ли вы свою ситуацию безнадежной?
10. Трудно ли вам отвлечься от своих проблем?
11. Уменьшилось ли в последнее время ваше общение с родными, друзьями, знакомыми?
12. Сохраняется ли у вас интерес к тому, что происходит в вашей профессии и окружении?

Остался ли еще интерес к вашим увлечениям?

13. Есть ли у вас кто-то, с кем вы могли бы открыто и доверительно говорить о своих проблемах?
14. Живете ли вы со своей семьей или знакомыми?
15. Сохраняются ли у вас сильные эмоциональные связи с семьей и/или профессиональными обязанностями?

16. Чувствуете ли вы свою устойчивую принадлежность какому-то религиозному или иному мировоззренческому сообществу?

Н. Пезешкиан (1996) разработал опросник для больных с суицидальными тенденциями, основанный на диагностике четырех ведущих сфер жизнедеятельности человека: тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии/будущее.

1. «Я этого больше не вынесу»; «Жизнь — это иллюзия»; «Все — игра воображения, химера, вымышленный мир»; «Кто научился умирать, перестает быть рабом», «Смерть — это ворота жизни»; «Все лишено смысла». Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки, которые близки к Вашей проблематике? Как Вы относитесь к этому?

2. Какое средство Вы использовали, чтобы уйти из жизни?

3. Ваше чувство самооценности основывается преимущественно на вашей профессиональной деятельности?

4. В Вашей профессиональной деятельности Вы разочарованы, чувствуете себя отвергнутым,

или к Вам несправедливо относятся на работе?

5. Была ли Ваша попытка самоубийства вызовом окружающему Вас миру? С какой целью?

6. Вы рассказывали кому-нибудь о вашей попытке самоубийства? Как среагировали Ваш партнер и другие значимые для вас люди?

7. Какие разочарования (чем, кем) предшествовали Вашей попытке самоубийства? Стояло ли за этим желание любви, близости и защищенности?

8. Одолевают ли Вас мысли о безнадежности и бессмысленности жизни? Что вас привело к таким мыслям и ощущениям?

9. Знаете ли Вы, какие причины заставляют людей других культурных традиций сознательно лишать себя жизни (например, харакири в Японии, принесение себя в жертву в Индии)?

10. Хотели бы вы покончить с невыносимой для Вас ситуацией (какой?) или с жизнью вообще?

11. Задумывались ли Вы о глобальных проблемах будущего всего человечества (война — мир, экологический кризис, мировой голод)?

12. Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?

13. Какие цели и планы есть у Вас в профессиональной и общественной деятельности, партнерских и семейных отношениях, в заботе о своем здоровье на ближайшие 5 лет? Какие возможности для их реализации Вы видите?

Одним из важнейших показаний к госпитализации депрессивных больных является выявление следующих факторов суицидального риска (по Б. Хер-перц-Дальманн, 2000):

1) актуальные суицидальные замыслы с отклонением альтернативных идей, а также наличием точного плана суицида;

2) наличие признаков психического расстройства и химической зависимости;

3) предшествовавшие суицидальные попытки, особенно в течение последних 12 мес. и особенно совершенные не путем отравления лекарствами;

4) суицидальные попытки в семье или среди ближайшего окружения;

5) семейные конфликты, особенно с применением насилия и угрозой развода;

6) социальная изоляция;

7) потеря работы и трудоспособности, прекращение учебы, конфликты с законом.

Оценка степени суицидального риска, локализация терапевтических мишеней и контроль терапевтической динамики осуществляется с помощью шкал, разработанных в различных суицидологических центрах, например, в Лос-Анджелесском.

ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА Лос-Анджелесского суицидологического центра

Оценка: 1 2 3 4 5 6 7 8	9
Риск: низкий средний высокий	
Категории:	Оценка
А. Возраст и пол	—
Б. Симптомы	-
В. Стресс	-
Г. Суицидальное поведение в прошлом и настоящие планы	-
Д. Коммуникационные аспекты, возможности и реакции со стороны значимых других	—
Сумма:	-
А. Возраст и пол (1-9):	
Мужчины	
1. Свыше 50 лет	7-9
2. 35-45 лет	5-7
3. 15-34 года	3-5
4. Женщины (независимо от возраста)	1-3
Б. Симптомы (1-9):	
5. Глубокая депрессия (расстройства сна, анорексия, потеря веса, уход в себя,	

подавленное настроение, апатия)	7-9
6. Ощущение безнадежности, беспомощности и истощения	7-9
7. Дезорганизация, замешательство, хаос, полная беспорядочность, иллюзии, галлюцинации, потеря связи с окружающими, дезориентация	6-8
8. Алкоголизм, прием наркотиков, гомосексуальные отношения, участие в рискованных предприятиях	4-8
9. Переживания, напряженное состояние и тревога	4-6
10. Вина, стыд, смущение	4-6
11. Чувства ярости, враждебности, раздражительности, мстительности, подозрительности	4-6
12. Слабый импульсивный контроль, недостаточная рассудительность	4-6
13. Ослабляющие хронические заболевания	5-7
14. Повторные переживания несчастий, связанные с обращениями к врачам и психотерапевтам	4-6
15. Психосоматические болезни или ипохондричность, кроме жалоб на незначительные болезни	1-4
В. Стресс (1-9):	
16. Потеря любимого человека в связи со смертью, разводом или разлукой	5-9
17. Потеря работы, денег, престижа	4-8
18. Опасная для жизни болезнь (хирургическая операция, несчастный случай, потеря конечности)	3-7
19. Угроза судебного преследования, затруднительное положение в связи с совершенным преступлением, подвержение опасности и т.п.	4-6
20. Изменение(я) в жизни, в окружении	4-6
21. Острое и внезапное начало специфических симптомов стресса	1-9
22. Повторяющиеся время от времени подобные симптомы в связи со стрессом	4-9
23. Недавнее увеличение устойчивости симптомов в связи со стрессом	4-7
Г. Суицидальное поведение в прошлом и текущие планы (1-9):	
24. Определяемая опасность для жизни предыдущих суицидных попыток	1-9
25. Повторные угрозы и депрессии в прошлом	3-6
26. Особенности, связанные с намерениями, и смертельная опасность предполагаемых методов	1-9
27. Достаточность применения предполагаемых способов и особенности, связанные с выбором времени	1-9
Д. Возможности, коммуникативные аспекты и ответы значимых других (1-9):	
28. Отсутствие источников финансовой поддержки (с работы, от семьи)	4-9
29. Отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей (доступных, но не расположенных помогать)	4-9
30. Нарушение связей, сопровождающееся отказами от попыток их восстановления как со стороны пациента, так и со стороны других	5-7
31. Связи имеют внутренне направленную цель (декларация чувства вины, стыда, никчемности, самоупреки и т.п.)	4-7
32. Коммуникативные связи имеют межличностную направленность (обвинение других, поступки по принуждению других и т.п.)	2-4
Реакция значимых других:	
33. Защита, паранойяльность, отказ, позиция, связанная с наказанием	5-7
34. Отрицание потребности в помощи — своей собственной или других	5-7

35. Не беспокоятся о пациенте, не понимают его	4-6
36. Нерешительная или переменчивая позиция: с одной стороны — чувство гнева и отвержения, с другой — ответственность и сильное желание помочь	2-5

В.А. Тихоненко и А.Н. Дурнов (1978) разработали суицидологическую карту, в которую заносятся данные медицинского и психологического анамнеза, характеристика кризисного состояния, сведения о течении пре- и пост-суицидального периода, а также результаты стационарного лечения, реабилитационных мероприятий, данные катамнеза.

Психогенные реакции у невротических и психопатических личностей служат показанием для направления в Кризисный стационар. Показаниями для госпитализации суицидоопасных больных в психиатрическую больницу являются следующие состояния:

- 1) тревожная депрессия в пожилом возрасте;
- 2) ипохондрические раптоидные состояния;
- 3) галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями суицидального содержания;
- 4) острые состояния страха с ажитацией;
- 5) депрессивно-параноидные состояния с переживаниями вины или «угрозы жизни»; тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями;
- 6) депрессии у больных с неблагоприятной микросоциальной ситуацией;
- 7) острые депрессивные состояния, возникшие в ответ на психотравмирующую ситуацию у процессуальных больных в ремиссии.

Н.В. Конончук (1983) использует собственную карту для определения степени суицидального риска. Большинство параметров (8; 9; 11-31) оцениваются при их наличии 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». Не выявленными по разным причинам могут быть не более 3 факторов. Их «вес» равен нулю. Нулем 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 суицидной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15,48, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повтора.

КАРТА РИСКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ

факторы риска Баллы

Данные анамнеза:

1. Возраст первой суицидной попытки — до 20 лет
2. Ранее имела место суицидная попытка
3. Суицидные попытки у родственников
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет)
5. Недостаток тепла в детстве или юношестве
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве
7. Начало половой жизни — 20 лет и ранее
8. Ведущее место любовных ценностей в системе ценностей
9. Незначительная роль производственной сферы в системе ценностей
10. Развод в анамнезе

Актуальная конфликтная ситуация:

11. Ситуация неопределенности, 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

Характеристика личности:

20. Эмоциональная лабильность
21. Импульсивность
22. Эмоциональная зависимость, потребность в симбиотических отношениях
23. Доверчивость
24. Эмоциональная вязкость, ригидность аффекта
25. Болезненное самолюбие
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений
27. Напряженность потребностей
28. Настойчивость
29. Решительность
30. Бескомпромиссность
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению

фрустрирующих факторов

Н.Е. Лушев (1986) разработал шкалу суицидального риска больных алкоголизмом. Степень риска оценивается алгебраической суммой баллов, соответствующих обнаруженным диагностическим признакам. Низким считается риск, оценивающийся до 400 баллов, средним — от 400 до 800, и высоким — от 800 до 1200. Высокий суицидальный риск служит показанием к госпитализации.

ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Признак	Баллы
1. Преморбидные особенности личности:	
без отклонений	-4
акцентуация характера	80
психопатия	-119
2. Радикал преморбиды:	
конформный	-238
сенситивный	365
истероидный	43
3. Состав родительской семьи:	
полная	28
неполная	-26
нет родителей	—
4. Уровень образования:	
неграмотный	2
неполное среднее	-26
среднее	6
среднее специальное	10
незаконченное высшее	6
высшее	10
5. Семейное положение:	
в браке	-124
холост	41

6. Черепно-мозговые травмы в анамнезе:	
есть	-54
нет	10
7. Алкогольная наследственность:	
есть	-3
нет	33
Признак	Баллы
8. Возраст к началу заболевания:	
20-25	17
26-30	74
31-35	18
36-40	-202
41-45	-8
9. Возраст к периоду обследования:	
20-29	24
30-39	98
40-49	-3
50-59	2
60-69	—
10. Длительность заболевания к периоду обследования:	
0-1	9
2-3	38
4-5	—
6-7	15
8 и более	-109
11. Форма потребления алкоголя:	
перемежающаяся	8
постоянная	-143
запойная	144
12. Одинокое потребление алкоголя:	
есть	102
нет	-102
13. Тип течения заболевания:	
злокачественный	197
быстрый	-19
медленный	-137
стационарный	-3
ремитирующий	-48
14. Тип изменения личности:	
астенический	47
истерический	
эксплозивный	-7
апатический	2

ПРИНЦИПЫ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Не будь у меня свободы покончить жизнь самоубийством, я бы давно застрелился.
Эмиль Сьоран

Тактика кризисной терапии предполагает исследование значения стрессора для пациента, обеспечение необходимой социальной и микросоциальной поддержки, проявление сочувствия, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы. При преобладании тревоги возможно применение релаксации и гипноза. Может понадобиться вмешательство в виде суггестии, переубеждения, изменения окружающей среды, госпитализации.

Свой классический труд «Война с самим собой» Карл Меннингер завершает терапевтическими рекомендациями. Прежде всего он советует разъяснить суициденту механизмы его саморазрушительного поведения. Затем необходимо противопоставить его сознательные намерения и подсознательную мотивацию. Может потребоваться выяснение социальных причин расстройства. «Затем приходит черед исследования воспоминаний пациента, которые могут быть осознанными или подавленными. Для реализации этой задачи может потребоваться несколько часов или несколько лет. После целостного анализа всех аспектов личности возможна смена ценностных ориентиров и усиление Эго за счет сдачи оборонительных позиций агрессивности. Как только необходимость в этом отпадает, возможно усиление подавленных эротических элементов» (Меннингер, 2000, с. 457). Работа завершается замещением «вредных» установок «полезными».

Кризисный пациент, как правило, утрачивает смысл своей жизни, но вместо поиска ее нового смысла отказывается от жизни вообще. Задачи кризисной терапии не ограничиваются эмоциональной и социальной поддержкой хотя бы потому, что это может подкрепить манипулятивные, рентные мотивы суицидального поведения. Основной целью кризисной терапии является использование пластичности коннотативной сферы суицидента, то есть его готовности отказаться от старой системы смыслов и ценностей и выработать новые. Соответственно стратегия кризисной терапии заключается в создании психологических условий для личностного роста пациента.

Карл Юнг считает, что смысл делает переносимым великое множество вещей — может быть, все. Виктор Франкл выделяет три основные категории смысла жизни:

- 1) состоящие в том, что мы осуществляем или даем миру как свои творения;
- 2) состоящие в том, что мы берем у мира в форме встреч и опыта;
- 3) состоящие в нашей позиции по отношению к страданию, к судьбе, которую мы не можем изменить. Франкл часто цитирует слова еврейского мудреца Гилеля, жившего две тысячи лет назад: «Если я не сделаю этого — кто это сделает? И если я не сделаю этого прямо сейчас — когда же мне это сделать? Но если я это сделаю только для себя — тогда кто я?»

Еще Моисей Маймонид в XII веке в «Руководстве растерянным» описал четыре пути совершенствования. Он отверг первый из них — материальное обогащение — как дело условное и ненадежное и второй — физическое совершенствование — как не позволяющее провести различие между человеком и животным. Третий путь — нравственное совершенствование — он одобрил, но указал на его ограниченность, так как он больше служит другим, чем самому человеку. «Подлинно человеческим совершенствованием» он счел совершенствование ума, который позволяет человеку воплотить высший замысел Бога. Рильке сказал об этом так:

Что будешь делать без меня, Господь? Сосуд я твой (меня ты можешь расколоть) И дать мне сгнить (твоя я плоть). Я твой наряд (ты можешь распороть). Но ты при этом свой утратишь разум.

Основные принципы кризисной терапии в соответствии с социально-психологическим подходом ее основателей (Линдемманн, 1996; Caplan, 1974) сводятся к следующему. Поскольку кризис длится не более шести недель и локализуется в социально-психологической сфере, кризисная терапия должна быть краткосрочной; кроме того, она должна обеспечить индивиду практическую помощь в изменении позиции в кризисной ситуации, а в случае кризиса развития (отсутствия необходимых навыков для решения кризисной проблемы, возникшей в процессе роста личности) — повышение уровня адаптации. Своей социально-психологической направленностью кризисная терапия отличается как от других видов краткосрочной психотерапии, так и от методов межличностно-ориентированной психотерапии, используемой для предупреждения рецидива кризиса у лиц с хроническим суицидальным риском.

L. Rapoport (1962) выделяет следующие цели кризисной терапии:

- снятие симптомов;
- восстановление докризисного уровня функционирования;
- осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
- выявление внутренних ресурсов клиента, его семьи и различных форм помощи извне для

преодоления кризиса;

- осознание связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
- освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств. Развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

Показаниями для кризисной терапии являются: суицидоопасные состояния, обусловленные кризисной ситуацией (социально-психологическими утратами), проявляющиеся в сфере аффективных реакций субклинического и клинического уровня и развивающиеся у практически здоровых лиц, больных с пограничными нервно-психическими расстройствами и сохраненных душевнобольных вне связи с эндогенными механизмами заболевания.

Кризисная терапия осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой формах. Индивидуальная помощь является основой для других форм кризисной терапии и включает ряд этапов, которые в суицидологической практике могут частично перекрываться: установление контакта, оценка, формулирование, договор, планирование, вмешательство и окончание.

Эдвин Шнейдман (2001) перечисляет следующие приемы индивидуальной антисуицидальной терапии:

- установить отношения доверия и взаимопонимания;
- идентифицировать суицидогенную проблему и фокусироваться на ней;
- избегать всего того, что может помешать терапевтическому контакту;
- быть внимательным к эмоциональным запросам клиента, поощрять его и подкреплять его открытость;
- осознавать фрустрированные потребности пациента;
- воздерживаться от оценки его системы ценностей;
- выражать несогласие с суицидальным решением пациента;
- разъяснять свою терапевтическую позицию и побуждать пациента „& к анализу ситуации;
- исследовать и интерпретировать попытки пациента справиться с проблемой;
- отслеживать и подчеркивать его потенциальные возможности по выходу из кризиса;
- организовать практическую помощь пациенту, направленную на удовлетворение фрустрированных потребностей, являющихся для него жизненно важными;
- проявлять бдительность к возможному усилению суицидального риска, своевременно его оценивать;
- принимать оценку своих терапевтических усилий пациентом;
- получать обратную связь и поддержку от коллег; консультироваться у старших товарищей.

К. Дернер и У. Плог (1997) указывают на наиболее частые ошибки при проведении кризисной терапии:

- недостаточное внимание к сигналам пациента о его суицидальных намерениях, которое обычно связано со страхом терапевта перед смертью;
- навязывание пациенту позитивного решения, чтобы успокоить собственный страх;
- бесконечные расспросы, скрывающие от пациента страх и недостаточную эмпатию;
- взятие на себя полной ответственности за жизнь пациента, активные профессиональные воздействия без учета их влияния на пациента, которому остается пассивная роль.

Авторы подчеркивают, что терапевт должен воспринимать пациента более серьезно, чем он воспринимает сам себя. Кризис следует не смягчать словами и лекарствами, а углублять. Смысл кризиса предстоит найти самому пациенту. Выписывать больничный лист и тем самым лишать пациента рабочего места можно в самом крайнем случае. Необходимо выявить партнера пациента по кризису и оказать ему соответствующую помощь. В кризисной терапии должны быть восстановлены трудности, которые привели пациента в его обыденной жизни к кризису. Альтернативные решения надо опробовать в терапевтической среде и затем перенести в повседневность.

М.Я. Соловейчик (2002) предупреждает консультанта, работающего с суицидальным клиентом:

1. Не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным.
2. Не пытайтесь спорить или отговаривать от суицида, вы проиграете спор.
3. Не пытайтесь преуменьшить боль, переживаемую другим. Высказывания типа: «Нет причин лишать себя жизни из-за этого» лишь показывают человеку, что вы его не понимаете.
4. Не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента. Ему больно, и важно показать, что вы это понимаете.
5. Не предлагайте простых ответов на сложные вопросы. Принимайте проблемы человека серьезно, говорите о них открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не со своей собственной или общепринятой.
6. Не говорите: «Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен

судьбе за все, что имеешь!» Эти слова не решают проблемы, а усугубляют у человека чувство вины, поэтому они могут принести только вред.

7. Никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

И.А. Акиндинова (2001) описывает наиболее частые эмоциональные реакции кризисного терапевта, мешающие оказанию им профессиональной помощи суициденту. Паника: «Я не в силах чем-либо помочь» (однако готовность быть с человеком в трудную минуту уже является помощью). Страх: «Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?» (каждый человек имеет право сам распорядиться своей жизнью независимо от действий окружающих). Усталость: «Опять длинный и тяжелый разговор» (если помощь ведется в сторону снижения эмоциональной интенсивности, она может быть оказана достаточно быстро). Злость: «Неужели можно быть настолько слабовольным, чтобы решиться на такой поступок?» (рождается беспомощностью консультанта в конкретной ситуации). Обида: «Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня» (не следует забывать, что любые разговоры о суициде являются просьбой о помощи). Внутренний конфликт: «Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе его остановить» (на самом деле выбор — оказывать помощь или нет — сделан уже при выборе профессии консультанта). Безвыходность: «Эта ситуация безнадежна, что я могу сделать?» (если ситуация слишком запутанная, надо выбрать главную проблему и сосредоточиться на ней). Отречение: «В такой ситуации я вел бы себя так же» (так проявляются собственные непроработанные проблемы, в том числе суицидогенные; необходима супервизия или личный анализ).

Кризисная терапия применяется в амбулаторных и стационарных условиях, а также по телефону и на дому. До широкого распространения методов кризисной терапии основной формой превенции суицидов являлась госпитализация в психиатрическую больницу, которая практически не влияла на повторность суицидных попыток. Отто Кернберг (2000) при решении вопроса о госпитализации особое внимание обращает на терапевтическую установку пациента и отношение к нему окружающих. Когда есть показания для госпитализации, а пациент от нее отказывается, терапевт должен мобилизовать все социальные и юридические ресурсы, чтобы минимизировать суицидогенные аспекты ситуации. Попытки амбулаторной терапии суицидента нередко отражают бессознательное желание «быть Богом» или опасную наивность, которая мешает увидеть серьезность разрушительных тенденций пациента и его семьи. Определенное значение для риска повторной госпитализации придается внутрисемейным конфликтам. Так, по наблюдениям А. Файерстайна с соавт. (Feierstein et al, 1971) среди живущих с родителями регистрируется 90% повторных госпитализаций против 30% живущих отдельно. В связи с этим, а также с ведущей ролью семейно-личных конфликтов в происхождении кризиса большое значение придается семейной форме терапии. Семейная кризисная терапия проводится для детей и членов их семей, а также в группах, составленных из конфликтных семей или пар, переживающих супружеский конфликт. Осуществляется также групповая кризисная терапия подростков с семейным конфликтом и отдельно родителей с проблемами в отношении детей, групповая кризисная терапия одиноких матерей малолетних детей после развода или разделения.

Неотложной интенсивной психотерапии при острых суицидоопасных реакциях посвящен ряд отечественных работ. В них анализируются особенности первого этапа кризисной терапии с использованием Телефона Доверия (Лежепекова с соавт., 1983; Амбрумова, Полеев, 1988; Моховиков, 1999) и в амбулаторных службах (Леви, 1972; Ларичев, 1979; Мягер с соавт., 1980;

Собчик, 1986). Сообщается о положительном опыте применения кризисной терапии суицидентов, находящихся в реанимационном отделении (Конончук, 1983; Полякова, Балашова, 1989) и в кризисном стационаре (Арнольд с соавт., 1984; Бердянская с соавт., 1986; Скибина с соавт., 1986).

Заслуживают внимания оригинальные методы кризисной терапии, разработанные сотрудниками Суицидологического центра: аксиопсихотерапии, направленной на перестройку системы ценностей пациентов (Ларичев, 1984) и когнитивной кризисной терапии, способствующей осознанию пациентом связи суицидальных переживаний с определенными неадаптивными установками (Понизовский, 1983). Описаны также модификации аутогенной тренировки, ролевого тренинга и пневмокатарсиса для кризисных пациентов (Арнольд, 1984; Арнольд, Скибина, 1990; Полеев, 1994). Ряд сообщений посвящен таким специфическим формам кризисной терапии, как групповая (Ларичев, 1983), семейная (Тысячная, 1978; Амбрумова, Постовалова, 1984; Вроно с соавт.; Полеев, 1989) и клубная (Козловский, 1983, 1984; Дукаревич, Заярная, 1986).

В качестве критериев эффективности превентивных мероприятий обычно используются два: совершение повторной попытки самоубийства и госпитализация. Выделены факторы, предрасполагающие к повторению попытки: межличностные конфликты, семейная дезорганизация, плохая социальная адаптация, склонность к правонарушениям (Morgan et al., 1976; Конончук, 1978). В этой связи представляет интерес вывод R. D. Goldney (1981) о корреляции, имеющейся между необходимостью в интенсивных мерах реанимации после попытки самоубийства и высокой

вероятностью суицида в будущем.

Отечественными исследователями собран обширный материал о состоянии больных, состоящих на психиатрическом учете. Ими выделены определенные уровни социально-психологической адаптации, ответственные за суицидальное поведение (Тихоненко, Цупрун, 1983; Цупрун, 1984). Более детально рассмотрены способы адаптации после суицидных попыток у лиц без психотических нарушений в работах ленинградских авторов (Мягер, 1983, 1985; Мягер, Мишина, 1983; Константинова, 1985). Исследования Н.В. Конончук с соавт. по данным катамнеза позволили выделить следующие способы и стили адаптации у лиц, перенесших непсихотическую суицидо-опасную реакцию: истинную (активную и пассивную), когда успешное приспособление к жизни произошло за счет изменения отношений личности; псевдоадаптацию — когда адаптация поддерживается за счет благоприятного изменения ситуации и дезадаптацию (полную или частичную). Выделены прогностически позитивные и неблагоприятные черты; к последним отнесены ригидность мотивации, эмоциональная вязкость и импульсивность (Конончук, Семенова-Тяншанская, 1982; Конончук и др., 1983; Конончук, Капитонова, 1984).

В диссертационной работе К.А. Пойш (1973), выполненной на большом материале (813 больных, госпитализированных в психиатрическую больницу после суицидной попытки), основным принципом катамнестического обследования служит профессиональная реабилитация суицидентов. А.К. Агафонов (1985) для определения эффективности реабилитационных мероприятий в процессе катамнеза учитывает наряду со степенью социализации суицидента степень его удовлетворенности своей жизнью. При этом выявлена важная роль психологической адаптации в определении степени суицидального риска по сравнению с социальной. Эффективность комплексной психотерапии (индивидуальной, семейной, групповой) составила 87% против 72% в контрольной группе.

Катамнестические исследования, проведенные И.В. Поляковой (1987), обнаружили зависимость уровня социально-психологической адаптации от клинической формы суицидоопасного состояния. Наиболее быстрое становление периода реадaptации и его устойчивость наблюдались после перенесенных реакций дезорганизации и демобилизации, что почти исключало риск повторных суицидальных действий. Однако при реакциях демобилизации адаптация пациентов отличалась пассивными личностными установками, что требовало продолжения психотерапии. В случаях пессимистических реакций наступление стойкого адаптационного периода затягивалось, в связи с чем сохранялся риск совершения повторного суицида, особенно при отсутствии адекватной медико-социальной помощи. У больных психогенными депрессиями риск повторных покушений на самоубийство наиболее высок при «отставленной депрессии».

В заключение следует отметить, что синдромальный уровень диагностики, свойственный зарубежным работам, приводит к несравнимости результатов исследований. Указанный недостаток преодолен отечественной школой суицидологии, стоящей на позициях клинко-психологического анализа суицидального поведения; однако вопрос о создании единой систематики суицидоопасных состояний в отечественной литературе не ставился.

Материалы исследований, проведенных за последние десятилетия в различных странах, показывают адекватность методов кризисной терапии специфическим потребностям лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса. Дальнейший прогресс в решении проблем кризисной терапии, по-видимому, лежит на пути дальнейшей дифференциации социально-психологической и клинической оценок кризисных пациентов; углубленного исследования роли неадаптивных установок в развитии суицидоопасных реакций; создания эффективных методов коррекции указанных установок и тренинга навыков, недостающих для разрешения кризисных проблем. Необходима также разработка адекватных критериев оценки результатов, применяемых в ходе терапии и на протяжении достаточно длительного катамнеза.

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ

*Телефонный разговор находится на полпути между искусством и жизнью.
Это разговор не с человеком, а с образом, который складывается у тебя, когда ты его слушаешь.*

Андре Моруа

Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи РАТЭПП является ассоциированным членом Международной федерации служб неотложной телефонной помощи IFOTES. Международные нормы федерации определяют цели, принципы и методы работы Телефонов Доверия.

Цели. Службы неотложной телефонной помощи прилагают усилия, чтобы страдающий, отчаявшийся или думающий о самоубийстве человек имел возможность установить немедленный

контакт с человеком, готовым выслушать его как друга и имеющим навыки оказания помощи в ходе беседы при уважении полной свободы абонента. Эта помощь распространяется не только на первый телефонный контакт, но продолжается в течение всего психологического кризиса, пока человеку требуются совет и поддержка. По желанию абонента служба может связать его с другим человеком, компетентным в решении именно его проблемы. Любая помощь, оказанная службами телефонной неотложной помощи, имеет целью поддержать в абоненте мужество для дальнейшей жизни и возможности преодоления психологического кризиса, с которым он столкнулся.

Принципы. Абонент должен быть уверен в полной конфиденциальности. Никакая информация, полученная от него, не может быть вынесена за пределы службы без его специального разрешения. Ни абоненты, ни работники служб неотложной телефонной помощи не должны подвергаться конфессиональному, религиозному, политическому или идеологическому давлению. Работники принимаются в службы только после тщательного отбора и обучения; они отбираются прежде всего на основании способности понимать другого человека, эмпатии и чувства солидарности с ним. На абонента не возлагается никаких финансовых или каких-либо иных обязательств. Никто из работников службы не может давать показания представителям власти и правопорядка, не получив предварительного разрешения абонента, а также руководителей данной службы.

Методы. Штат службы неотложной телефонной помощи может состоять как из оплачиваемых работников, так и из волонтеров, причем последние играют основную роль в деятельности службы. Они работают как единая команда. Сотрудники службы проходят начальный курс обучения, после которого они работают в условиях продолжительной супервизии одного или нескольких человек, выделенных для этой цели в службе. Квалификация работников повышается путем постоянно продолжающегося обучения. Каждой службе должны быть доступны профессиональные консультанты разного профиля. Они могут быть как штатными сотрудниками службы, так и не состоять в ней.

Первый контакт с абонентами обычно устанавливается по телефону.

Он может также происходить по почте или при личном посещении клиента. В принципе, именно клиент инициирует, поддерживает, прекращает или восстанавливает контакт. Как клиент, так и работник службы имеют право на анонимность. Со своей стороны, служба может оказаться вынужденной заявить клиенту, что она более не находит возможным помогать ему. Тем не менее, служба обычно стремится к созданию всевозможных условий для установления контактов с клиентом. Одной из основных особенностей служб неотложной телефонной помощи является их круглосуточная доступность. Если в интересах абонента необходимо сотрудничество с другими специализированными службами, то перед установлением контактов с ними необходимо получить его согласие.

Г. Хэмбли (1992) выделяет следующие задачи кризисного консультанта, работающего на Телефоне Доверия: 1) уловить «сигналы», оповещающие о наличии суицидальных мыслей или тенденций; 2) оценить степень суицидального риска; 3) проявить мягкую, ненавязчивую заботу о клиенте, помочь в принятии решения в пользу образа действий, исключающего самоубийство, хотя бы на данный момент времени.

Автор описывает «плохого слушателя»: Он перебивает меня или течение моих мыслей. Он меняет тему беседы. Он думает о своем ответе, когда я еще говорю. Он дает мне совет, а не занимается совместно поисками ответа. Он обобщает, говоря, что я такой же, как все остальные. Он приходит к скороспелым выводам или перебивает. Он старается «решить» мою проблему. Своим умом и эмоциями он находится вне моей ситуации. Он говорит: «То же самое случилось со мной». Он считает своим долгом заполнять все паузы в беседе. Он игнорирует мои вопросы.

Напротив, «хороший слушатель» говорит мне «да», открывая себя и принимая меня. Я и он общаемся друг с другом тепло и естественно. Он слушает паузы. Он не претендует на то, чтобы узнать всю правду. Он переживает то же, что чувствую я. Он входит в мою ситуацию и положение. Он отражает мои мысли и чувства. Он принимает меня таким, каков я есть, и не осуждает. Он позволяет мне спотыкаться в словах. Он откладывает в сторону собственные заботы и проблемы.

В.Ю. Меновщиков (2002) подчеркивает важность умения как можно дольше поддерживать разговор с потенциальным суицидентом, поскольку это помогает установить с ним эмпатийные отношения. Излишняя заботливость, как и оспаривание высказываний абонента, вызывают у него опасение, что у него хотят отнять контроль над принятием решений. Безразличие и ироническая провокация одинаково увеличивают риск совершения суицида. Прямые вопросы о местонахождении и личности абонента могут быть истолкованы им как попытка «схватить» его. Если клиент уже принял таблетки или предпринял другие суицидальные действия, поддержание контакта с ним позволяет определить его местонахождение, связаться с родственниками, скорой медицинской помощью и службой спасения.

Психологическая помощь по телефону обладает рядом преимуществ, которые, по сравнению с традиционной очной терапией, весьма значимы для кризисных пациентов (Амбрумова, Полеев, 1986,

1988). Пространственные особенности. Телефонная связь позволяет оказывать психотерапевтическое воздействие на абонента, находящегося на любом расстоянии от психотерапевта. Временные особенности. Абонент может в любое удобное для него время незамедлительно соединиться с психотерапевтом, что особенно важно для лиц с низкой выносливостью к психологическому стрессу. Максимальная анонимность. Даже при обращении к врачу без предъявления документов анонимность обратившегося не является полной: врач видит пациента, может в дальнейшем его узнать. Контакт по телефону обеспечивает максимальную анонимность пациентов, что для многих из них является существенным. Возможность прервать контакт. Телефонный абонент может прервать беседу с психотерапевтом в любой момент. Подобная возможность контролировать ситуацию общения имеет большое значение для лиц, нуждающихся в психологической безопасности. Эффект ограниченной коммуникации. Исключительно акустический характер телефонной коммуникации способствует вербализации, а тем самым и лучшему осознанию переживаемой ситуации. Это, наряду с возможностью аффективного отреагирования, помогает пациенту интеллектуально овладеть травмирующей ситуацией, уменьшает чувство тревоги, облегчает реалистическое принятие ситуации и переход к конструктивной личностной позиции. Эффект доверительности. Голос телефонного терапевта звучит в непосредственной близости от абонента, что придает особую интимность беседе, быстро формирует ее доверительную атмосферу, облегчает раскрытие глубоко личных проблем.

Цель телефонной терапии — предотвратить дальнейшее развитие остро возникших кризисных состояний, помочь разрешить психотравмирующую ситуацию и тем самым предотвратить возможное покушение на самоубийство. Данная цель определяет две основные задачи телефонной терапии:

- 1) помощь в овладении и преодолении актуальной психотравмирующей ситуации, включая эмпати-ческую поддержку и когнитивное руководство;
- 2) коррекция неадаптивных личностных установок, обуславливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций.

В свою очередь решение указанных задач требует соблюдения определенных принципов экстренной телефонной психотерапии.

Анонимность абонента укрепляет в пациенте нарушенное психотравмирующим событием чувство безопасности, повышает доверительность при обсуждении интимно-личных проблем. Установление взаимоотношений «сопереживающего партнерства» необходимо, поскольку эмоционально-нейтральные взаимоотношения воспринимаются кризисными пациентами как проявления неприятия и отвержения. Доступность психотерапевта, достигаемая сообщением абоненту графика работы телефонного терапевта и приглашением к обращениям, купирует переживания одиночества и беспомощности, обладающие большой суицидогенностью. Последовательность этапов терапии особенно важна, поскольку переход к очередному этапу помощи без завершения предыдущего ведет к нарастанию чрезмерных требований к пациенту, усиливает тем самым чувство его несостоятельности, снижает самооценку и, соответственно, усиливает суицидальный риск.

Первая психотерапевтическая беседа с острым кризисным пациентом имеет решающее значение в предотвращении дальнейшего кризиса. Она складывается из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и определенный спектр терапевтических приемов.

Главная задача начального этапа беседы — установления контакта — убедить пациента в эмоциональном принятии и сочувствии, а также в обладании необходимыми профессиональными знаниями и жизненным опытом. Необходимо обеспечить клиенту вентиляцию чувств, принять его злость и готовность к манипулятивным действиям. Следует дать клиенту гарантию того, что терапевт может быть полезен ему и заинтересован в продолжении разговора. Сам факт обращения абонента можно использовать для подкрепления позитивных настроений, выразив свое удовлетворение тем, что он поступил именно так. Как правило, на данном этапе пациент может раскрыть свои суицидальные переживания, что способствует повышению его ответственности за свое суицидальное поведение и уменьшает вероятность совершения попытки самоубийства — прием вербализации суицидальных переживаний.

При реакции острого горя, вызванного переживанием необратимой утраты значимого другого, высказывания терапевта должны носить характер сострадательной эмпатии, что пробуждает у абонента жалость к себе, которая купирует аутоагрессию. В любом случае терапевт должен продемонстрировать признание страданий пациента, со всей серьезностью относясь к его чувствам и проблемам, после чего можно заявить: «Тот факт, что вы позвонили мне и обсуждаете тему самоубийства, ясно говорит, что вам плохо и вам нужна помощь. Теперь, когда я это знаю, нет нужды причинять себе вред, давайте лучше обсудим, как вам помочь».

В процессе беседы проводится исследование суицидального риска; для этого позвонившего

спрашивают, собирается ли он совершить суицид, готов ли у него план, имеется ли доступ к средствам самоубийства. Риск повышается, если абонент находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, и существенно уменьшается, если он готов заключить договор об отказе от самоубийства. Заключение договора завершает первый этап работы.

Второй этап направлен на интеллектуальное овладение ситуацией. Терапевт, сочувственно выслушивая обратившегося, уменьшает эмоциональную напряженность; задавая соответствующие вопросы, формирует в сознании пациента объективную и последовательную картину психотравмирующей ситуации в ее развитии — прием структурирования ситуации. Во многих случаях у обратившихся имеется представление об уникальности их ситуации, страданий, личностных особенностей и ошибочных действий. Терапевт должен тактично подчеркнуть, что аналогичные ситуации и переживания встречаются достаточно часто — прием преодоления исключительности ситуации. При острых кризисных ситуациях психотравмирующее событие зачастую воспринимается личностью как неожиданное, не имеющее понятных причин и поэтому непреодолимое. Раскрывая последовательность ситуации, терапевт показывает ее связь с предшествующими событиями и, следовательно, возможность ее изменения — прием включения в контекст жизненного пути.

Обратившиеся часто считают, что критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. В таких случаях терапевт подчеркивает, что у абонента есть время на обдумывание и принятие адекватного решения — прием снятия остроты ситуации. Рассказывая о своем жизненном пути, пациент сообщает о своих трудностях, которые ему удавалось преодолевать, о своих достижениях и психологических возможностях. Терапевт тактично подчеркивает эти позитивные механизмы, являющиеся мощным, но не всегда осознанным антисуицидальным фактором — прием терапии успехами и достижениями.

Кроме того, на протяжении второго этапа беседы используются следующие психотерапевтические приемы. Повторение содержания высказывания: абоненту сообщается, что его внимательно слушают и правильно понимают. Прием позволяет пациенту уточнить или переформулировать свои высказывания. Отражение и разделение эмоций: терапевт высказывает сочувственное разделение таких суицидоопасных переживаний, как отчаяние, тревога, горе, чувства стыда, обиды и унижения. Прием стимулирует более открытое проявление эмоций, особенно показан при тоске, подавленности. Поиск источников эмоций: абоненту предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния с помощью вопросов типа: «Что именно в этой ситуации вас так ранит?» Прием помогает пациенту осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.

Второй этап беседы можно считать завершенным, когда терапевт, обобщив всю полученную информацию, высказывает точную формулировку переживаемой пациентом ситуации — прием формулировки ситуации. Указанный прием помогает пациенту рационализировать происходящее, интеллектуально овладеть ситуацией и реалистически принять ее. Кроме того, благодаря данному приему, пациент знает, что его проблема понята другим человеком, что уменьшает переживания одиночества и безвыходности.

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 идентификации целей. На этом этапе некоторые пациенты пытаются уйти от сути проблемы к обсуждению своего состояния, в этом случае терапевту необходимо вернуть абонента к обсуждению конкретных планов — прием фокусирования на ситуации.

Специфическими психотерапевтическими приемами данного этапа являются интерпретация, планирование и удержание паузы. Интерпретация: терапевт высказывает гипотезы о возможных способах разрешения ситуации. Планирование: побуждение пациента к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности. Удержание паузы: молчание терапевта имеет целью предоставить пациенту возможность проявить инициативу, стимулировать вербализацию разрабатываемых им планов поведения.

Четвертый этап — коррекция суицидальных установок абонента. Обязательным является убеждение пациента в следующем:

- Тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в настоящий момент, — это временное состояние, в процессе терапии оно улучшится; другие люди в аналогичных обстоятельствах чувствовали себя так же тяжело, но потом их состояние полностью нормализовалось.

- Жизнь пациента нужна его родным, близким, друзьям; его уход из жизни станет для них тяжелой травмой.

- Каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решать этот вопрос лучше после восстановления душевного равновесия.

При этом необходимо стимулировать воображение пациента перспективами оптимистического будущего — терапия апперцепцией. Этот прием требует от терапевта умения «рисовать словами», не столько рассказывать о будущем, сколько его «показывать».

У многих потенциальных суицидентов обнаруживаются представления о всемогуществе суицида как средства воздействия на значимого другого. Эта суицидогенная установка корректируется следующим образом. Терапевт пытается понять, что именно хочет сообщить значимому другому пациент своей попыткой самоубийства, и совместно с пациентом разрабатывает иной способ донесения до партнера этого сообщения.

Завершение терапии, как правило, вызывает у пациентов тревогу, которую необходимо разделить; следует укрепить уверенность пациента в своих силах и обсудить, каким образом опыт разрешения данной кризисной проблемы будет полезен ему для преодоления жизненных трудностей в будущем.

А.Н. Моховиков (2001) указывает на запрещенные приемы телефонного консультирования.

Высказывания-решения, перекладывающие ответственность с абонента на консультанта:

- 1) указания, приказы, направления;
- 2) предупреждения, угрозы, убеждения;
- 3) морализирование, поучения, наставления;
- 4) советы, предложения, решения;
- 5) убеждение путем спора, инструктирование, лекции.

Высказывания, снижающие самооценку собеседника:

- 1) осуждение, критика, несогласие, обвинение;
- 2) чрезмерное восхваление, манипулятивное согласие, лицемерное одобрение, обещание награды;
- 3) высмеивание, стремление пристыдить;
- 4) интерпретация, анализ, постановка диагноза;
- 5) разубеждение, формальное утешение, поддержка как «заговаривание зубов»;
- 6) расследование, допрашивание.

Высказывание отрицания с целью снизить значение переживаний абонента: уход от проблемы, отвлечения, насмешка.

Автор предостерегает от типичных ошибок телефонного диалога.

К ним относятся: чрезмерно быстрое определение проблемы; беседа о проблеме, а не о человеке; неприятие ценностей абонента; обсуждение ложной проблемы; взгляд сверху; чрезмерное отождествление, обвинение и позиция эксперта.

Автор приводит также основания для прекращения беседы. Это может быть полезным, когда абонент предпочитает вести беседу с консультантом определенного пола; настойчиво интересуется личностью или деталями жизни консультанта; требует наставлений; настаивает на встрече с консультантом или просит перезвонить ему; на множество предложенных консультантом решений и альтернатив реагирует по типу «да, но...»; рассказывает различные истории или болтает о мелочах; просит: «Подождите, пока я...»; все время повторяется; ждет гарантий или стремится переложить всю ответственность на консультанта и, наконец, когда консультант исчерпал все свои внутренние резервы и нуждается в завершении разговора.

Авторская программа кризисной терапии

Определенный опыт кризисной психотерапии накоплен за рубежом. Однако использование его затруднено из-за отсутствия четких клинических критериев, наличие которых выгодно отличает отечественную суицидологию. В то же время эти критерии использовались лишь для диагностики суицидоопасных состояний, а исследований по разработке дифференцированной программы психотерапии лиц, переживающих суицидоопасный кризис, к сожалению, в нашей стране не проводилось.

В доступной зарубежной литературе отсутствуют систематизированные исследования методов, направленных на расширение адаптационных возможностей суицидентов и тем самым — на профилактику рецидивов суицидального поведения в будущем. Лишь незначительное число работ посвящено разработке таких форм психотерапии суицидентов, как семейная и групповая. Об

эффективности терапии судят обычно по степени дезактуализации суицидальных переживаний, не приводя данных о нозологической принадлежности пациентов, не исследуя терапевтической динамики состояний и не приводя данных катамнестических исследований.

Работа в Кризисном стационаре Федерального научно-методического суицидологического центра дала нам возможность изучить широкий спектр суицидоопасных проявлений на разных этапах их развития и при различной степени суицидального риска. Типологический анализ изученного материала позволил нам разработать принципиально новую программу дифференцированной кризисной психотерапии, направленную на купирование суицидоопасных состояний и их профилактику в будущем.

Наиболее важными типобразующими факторами для нас являются следующие: отсутствие или наличие клинических проявлений, характер последних, сфера фокусирования психологических расстройств (эмоциональная, когнитивная, поведенческая), а также суицидологические критерии (длительность пре- и постсуицида, степень суицидального риска, тенденция к рецидивированию суицидального поведения).

Отличительными особенностями разработанной нами программы дифференцированной кризисной терапии являются следующие:

1. Неотложный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей немедленного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию и, во-вторых, с выраженной потребностью пациента в эмпатийной поддержке и на первых порах — руководстве его поведением.

2. Нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидиву суицидоопасного кризиса.

3. Поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают рост личности и выносливость индивида к будущим кризисам.

Выделенным отличиям соответствуют три метода кризисной терапии:

1) кризисная поддержка,

2) кризисное вмешательство и

3) повышение уровня адаптации, необходимое для разрешения ситуации.

Программа кризисной терапии применяется дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний и типа реакции. Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при обращении пациента за помощью, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые методы кризисной терапии осуществляются поэтапно: кризисная поддержка — кризисное вмешательство — повышение уровня адаптации. Пациентам с высоким суицидальным риском показана необходимая кризисная поддержка, фаза выхода из острого кризиса служит показанием для кризисного вмешательства. Посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, нуждаются в тренинге навыков адаптации.

Оценка суицидального риска проводится с помощью прямых вопросов о наличии и выраженности суицидальных тенденций. Для уточнения природы кризиса по возможности привлекается объективная информация. Принимается во внимание наличие предыдущих кризисов, их связь с травмирующими ситуациями, возрастными кризисами или хронической недостаточностью навыков адаптации, отличие текущего кризиса от прошлых. Нозологической оценке придается скорее прогностическое значение, на выработку терапевтического плана она оказывает второстепенное влияние.

С помощью разработанной нами шкалы суицидальный риск оценивается путем сложения баллов. Низким считается суицидальный риск до 10 баллов, средним — от 10 до 15, высоким — более 15 баллов.

ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

		Факторы	Баллы
А. Постоянные факторы риска:			
1. Женщина 15-30 лет	1		
2. Мужчина 20-35 лет	1		
3. Отягощенная наследственность	1		

4. Дисфункциональная первичная семья	1		
5. Неправильный тип воспитания	1		
6. Одна суицидная попытка более года назад	3		
7. Повторные суицидные попытки в анамнезе	4		
8. Суицидная попытка в текущем году	5		
Оценка постоянных факторов риска			
Б. Переменные факторы риска:			
9. Фрустрация доминирующей потребности	1		
10. Сочетание сфер конфликта	1		
Н. Неразрешенность кризиса	1		
12. Длительность суицидальных тенденций 1-2 мес.	1		
13. Непереносимость фрустрации	1		
14. Импульсивность	1		
15. Ригидность аффекта	1		
16. Категоричность мышления	1		
17. Симбиотические тенденции	1		
18. Однобокость системы ценностей	1		
Оценка переменных факторов риска			
В. Антисуицидальные факторы:			
19. Гедонистические тенденции	_ л		
20. Творческие планы	-1		
21. Надежда на улучшение ситуации	-1		
22. Забота о близких	-1		
23. Чувство долга	-1		
24. Боязнь осуждения суицида	_ J		
25. Страх боли, ущерба для здоровья	_ ^		
26. Эмоциональная привязанность к значимому другому	-1		
27. Наличие источников поддержки	-1		
28. Конструктивная лечебная установка	-1		
Оценка антисуицидальных факторов			
Оценка риска суицидной попытки			

В структуре суицидоопасных реакций мы выделяем три компонента: аффективный, когнитивный и поведенческий. Как правило, у кризисных пациентов наблюдается повышенная аффективная напряженность; они переживают эмоциональную изоляцию, обиду, тоску, тревогу, чувство безысходности и отчаяния. В ряде случаев отмечаются апатия, ощущение бессилия, стремление к покою и уединению. Наибольшая выраженность данного компонента наблюдается в рамках реакции оппозиции, при истерической и фобической невротической реакции, а также при аффективной и истерической психопатической реакции, психогенной депрессии и дистимии. Пациентам данной группы показана в первую очередь кризисная поддержка.

Когнитивный компонент кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешить кризис из-за отсутствия времени или возможностей. Ведущую роль описанные факторы играют у пациентов с пессимистическими реакциями и невротическими ипохондрическими реакциями, им необходимо кризисное вмешательство.

Поведенческий компонент, кроме различных форм суицидального поведения, может включать высокую активность по разрешению кризисной ситуации, бегство в алкоголизацию и наркотизацию, агрессию и правонарушения, а также пассивность и бездеятельность. На первый план подобные явления выходят у пациентов с реакцией демобилизации, астено-невротической реакцией и

психопатической астено-апатической реакцией. Этим пациентам нужен тренинг навыков адаптации.

Принимается во внимание, что, в отличие от принятия помощи практического характера, кризисное вмешательство требует от кризисного индивида:

а) достаточно высокого уровня критичности и рефлексии, обеспечивающего ему возможность исследовать совместно с психотерапевтом кризисную ситуацию в свете собственного участия в развитии кризиса;

б) достаточно выраженной мотивации к возвращению на докризисный уровень функционирования, а при необходимости — и к улучшению адаптации и

в) сохранности личностных ресурсов, необходимых для рассмотрения рекомендаций психотерапевта, принятия и выполнения собственных решений.

Наконец, учитывается уровень терапевтической установки:

1) конструктивный — с ожиданием помощи в самостоятельном разрешении конфликта;

2) симптоматический — с мотивацией лишь к ликвидации симптомов;

3) манипулятивный — с попыткой использовать влияние психотерапевта для улучшения отношений к себе участников конфликта и других выгод;

4) демобилизующий — с отказом от психотерапии, пассивной позицией пациента.

Эффективность применения программы кризисной психотерапии в значительной степени зависит от учета следующих аспектов: типа и структуры суицидоопасного состояния; личностного радикала; позиции индивида и значимых других лиц из его ближайшего окружения; характера антисуицидальных факторов. В связи с этим кризисная психотерапия должна быть комплексной и включать в себя методы антисуицидальной индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

Пусть же врач пропишет больному как лекарство именно напряжение рассудка. Кто страдает от нехватки себя, может быть исцелен, только если ему пропишут его же самого.

Фридрих Новалис

Кризисная поддержка является основным подходом кризисной терапии на ее 1 этапе.

Терапевтическими мишенями данного этапа служат: а) чувство тоски, непреодолимости конфликтной ситуации; б) чувство тревоги, неопределенности, ожидания беды; в) чувство обиды, враждебности к обидчику; г) чувство бессилия, беспомощности. Кризисная поддержка включает ряд приемов, которые на практике могут частично перекрываться.

Установление терапевтического контакта требует, чтобы пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Необходимо создать у пациента уверенность, что психотерапевт компетентен в вопросах терапии вообще, разобрался в особенностях индивидуального кризиса пациента в частности и готов применить адекватные виды помощи. В результате психотерапевт воспринимается как понимающий, чуткий и заслуживающий доверия, благодаря чему ликвидируются чувства эмоциональной изоляции и безнадежности.

Раскрытие суицидоопасных переживаний происходит в условиях безусловного принятия пациента, что повышает его самопринятие, сниженное в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование пациентом подавляемых негативных эмоций, что уменьшает аффективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кризисной ситуации материал игнорируется с помощью избирательного выслушивания. В некоторых случаях применяется прояснение для пациента связи симптомов кризиса с вызывающим событием, что приводит к уменьшению тревоги и способствует кризисной ориентации терапии. Наличие и выраженность суицидальных тенденций определяется с помощью прямых, вопросов, что облегчается готовностью кризисных пациентов обсуждать подобные вопросы в качестве своей основной проблемы.

Мобилизация личностной защиты производится путем актуализации антисуицидальных факторов (родительские чувства, представление о неиспользованных жизненных возможностях, страх смерти и осуждения и т. п.), а также прошлых достижений в значимых для пациента областях. Рассматриваются способы адаптации, успешно применявшиеся пациентом в прошлом, а также возможность использовать внешние источники психологической и практической поддержки. Таким образом достигается повышение самоуважения пациента и уверенности его в своих возможностях по разрешению кризиса. Проявления личностной несостоятельности пациента в кризисной ситуации (роль больного, иждивенческие установки, шантажное поведение) игнорируются и тем более не критикуются, чтобы не снижать самооценку пациента и не усиливать суицидоопасные переживания. Во избежание нарушения терапевтического контакта игнорируется, но не интерпретируется также психологическое сопротивление пациента лечению.

Заключение терапевтического договора предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование ее в понятных пациенту терминах, договоренность о кризисной ориентации терапии и сроках лечения, разделение ответственности за результат совместной работы с признанием за пациентом способности самостоятельно контролировать свои суицидальные тенденции и отвечать за принятие решений и их выполнение. Оговаривается также посредничество психотерапевта в контактах с другими людьми: близкими, друзьями, должностными лицами.

Кризисный пациент чувствует себя так, будто он находится в состоянии цейтнота; он жаждет немедленного решения проблемы. Чтобы снизить напряжение пациента, терапевт может поддаться искушению быстрее перейти к планированию действий. Однако в этом случае может быть упущен важный материал, поэтому необходимо вначале максимально полно исследовать сложившуюся ситуацию. При этом следует «вывести за скобки» хронические, исторически сложившиеся проблемы. Планирование работы с кризисной ситуацией осуществляется в соответствии с уровнем терапевтической установки, без опережения готовности пациента к внутренним изменениям.

Задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидоопасных тенденций и позволяет перейти к когнитивной перестройке, осуществляемой на втором этапе кризисной терапии — этапе кризисного вмешательства. Период выхода из острого кризиса является оптимальным для когнитивной перестройки потому, что в это время суицидальный риск сведен к минимуму, готовность к внутренним изменениям еще достаточно высока и, кроме того, сохраняется характерная для кризисного состояния пластичность личностных структур, необходимая для подобной перестройки.

Кризисное вмешательство является основной стратегией кризисной терапии на ее 2 этапе и имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента. Кризисное вмешательство нацелено в первую очередь на следующие терапевтические мишени:

- а) представление о целесообразности суицида;
- б) независимость в принятии решений;
- в) бескомпромиссность;
- г) наивная доверчивость.

При этом решаются следующие задачи.

Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми пациент мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые отношения, облегчающие ему микросоциальную адаптацию. Попытки пациента вернуться к обсуждению симптомов преодолеваются с помощью фокусирования на намеченной задаче. При выраженном сопротивлении пациента вмешательству может быть использована конфронтация позиций (не личностей!) психотерапевта и пациента. Терапевтический контакт обычно сохраняется благодаря тому, что на этапе вмешательства для кризисного пациента важна не столько мягкость психотерапевта, сколько его усилия по оказанию действенной помощи в скорейшем разрешении психологического кризиса.

Выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, имеет важное значение, поскольку данные установки являются одной из основных причин суицидоопасных реакций на кризисную ситуацию. Как правило, подобные установки формируются в раннем детстве под влиянием неблагоприятных условий воспитания, глубоко интериоризируются, что затрудняет для пациента осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции. В качестве неадаптивных установок чаще всего выступает неприятие даже на непродолжительное время одиночества, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для создания и сохранения пары.

Коррекция неадаптивных установок осуществляется прежде всего в отношении суицидогенной установки — представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снизить значение доминирующих ценностей удастся путем актуализации антисуицидальных факторов. Необходимо отметить, что попытки прямой девальвации ценности, конкурирующей для пациента с ценностью его жизни, могут привести к нарастанию аффективной напряженности и психологического сопротивления психотерапевтическому вмешательству. У пациентов с акцентуацией характера, приводящего в условиях межличностного конфликта к развитию суицидоопасных реакций, необходимой оказывается выработка мотивации к перестройке коммуникационной сферы.

Кризисное вмешательство в этой ситуации направлено на анализ практических проблем, возникающих в результате утраты высокозначимых отношений, и поиск способов их решения. Повышается значимость взаимоотношений с лицами из ближайшего окружения с целью ликвидации страха расставания, связанного в представлении кризисного индивида с одиночеством. Выявляется роль неуверенности в своей привлекательности и формируется терапевтическая установка на тренинг необходимых навыков.

Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий пациента с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Психотерапевт поощряет успехи пациента в выполнении терапевтического плана и другие проявления зрелости, постепенно обеспечивает ему условия для проведения независимого от психотерапевта курса действий. Одновременно внимание пациента обращается на недостаточную подготовку в достижении последующих целей. Таким образом подготавливается переход к третьему этапу кризисной терапии — этапу повышения докризисного уровня адаптации.

ГРУППОВАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

*Дай человеку рыбу, и ты накормишь его только раз.
Научи его ловить рыбу, и он будет кормиться ею всю жизнь.
Китайское изречение*

Групповая кризисная терапия (ГКТ) имеет ряд преимуществ по сравнению с индивидуальной. Группа дает возможность пациенту преодолеть иждивенческие ожидания, центрированные на психотерапевте. Попытки повысить самооценку кризисного индивида с помощью индивидуальных бесед, как правило, оказываются мало эффективными, так как доводы психотерапевта нередко воспринимаются как обусловленные выполнением им своего профессионального долга. Высказывания же «товарищей по несчастью», эмоционально окрашенные и подкрепленные отношениями взаимопомощи, оказываются более действенными. Группа отражает неосознаваемые пациентом негативные особенности общения, не всегда проявляемые им в индивидуальном общении с психотерапевтом, обеспечивает конфронтацию неприемлемому поведению. Наконец, группа предоставляет пациенту возможность оказывать помощь другим участникам, пациент при этом переживает чувство компетентности и нужности, крайне полезное для преодоления кризиса. В качестве показаний для проведения ГКТ выделяются следующие:

1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;

2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;

3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Окончательные показания для ГКТ устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его субъективными переживаниями, связанными с его участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных переживаний. Более того, в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным, и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия.

Некоторые пациенты смотрят на свое участие в группе лишь как на возможность на время отвлечься от психотравмирующей ситуации, «восстановить силы», чтобы затем продолжать попытки прежними, уже показавшими свою неэффективность способами. Подобные нереалистические лечебные установки часто становятся темой группового обсуждения при включении в группу новых участников. С целью выработки оптимистической терапевтической перспективы пациента знакомят с книгой отзывов бывших участников группы, в которой они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью терапевтической группы. После окончательного установления показаний к проведению ГКТ с пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования им помощи кризисной группы.

Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины подкрепляют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корректируются неадаптивные полоролевые установки.

Основу группы обычно составляют пациенты без выраженного суицидального риска.

В кризисную группу включают практически здоровых и больных пограничными состояниями, из которых 3-7 человек имеют суицидальные мысли и замыслы, и двое — суицидальные намерения, а также одного больного психопатией аффективного или истероидного типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией и суицидальными мыслями или замыслами.

Неотложность кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до пяти раз в неделю и длятся 1,5-2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4-6 недель, курс ГКТ равен в среднем одному месяцу. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличается от ее значения в межличностно-ориентированной группе, где эта группа используется для тренинга эмпатии и возникает в процессе этого тренинга. В кризисной группе сплочение участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их кризисных ситуаций. В связи с этим поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от аналитической группы, где оно запрещено.

Группа является открыто-конечной, то есть из нее еженедельно выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один-два пациента («конечность») и соответственно она пополняется новыми участниками («открытость»). Открытость группы, создавая определенные трудности для ее сплочения, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обмена различными способами адаптации. В открыто-конечной группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация ГКТ требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта в известной мере является директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением.

Специфику ГКТ наглядно отражает таблица, приведенная на стр. 98.

ГКТ осуществляется поэтапно в отношении каждого участника группы: кризисная поддержка, кризисное вмешательство, тренинг навыков адаптации. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются методы, соответствующие различным этапам кризисной терапии.

На этапе кризисной поддержки важное значение придается эмоциональному включению пациента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую поддержку членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности и отчаяния, а также представления об уникальности и непереносимости собственных страданий. Для одиноких беспомощных людей, испытывающих в кризисном состоянии исключительно высокую потребность в психологической поддержке и практической помощи, в том числе вне групповых занятий, кризисная группа становится последним шансом для выживания.

СРАВНЕНИЕ КРИЗИСНОЙ И АНАЛИТИЧЕСКОЙ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ

Терапевтические факторы	Аналитическая групповая терапия	Кризисная групповая терапия
Ориентация	Патогенетическая	Проблемная (кризисная)
Цель терапии	Осознание и коррекция неадаптивных внутри и межличностных установок	Купирование суицидальных тенденций и профилактика их рецидивов
Задачи терапии	Повышение возможностей самовыражения, аутентичности и эмпатии	Дезактуализация суицидальных переживаний, повышение возможностей адаптации
Основные методы	Спонтанное взаимодействие, инсайт, коммуникативный	Кризисно-проблемные дискуссии, когнитивная перестройка, тренинг навыков

	тренинг, групповое сплочение	адаптации
Фокус занятия	Внутригрупповой процесс «здесь и сейчас»	Высокозначимые взаимоотношения в ближайшем окружении пациента
Взаимоотношения членов группы	Спонтанное распределение ролей, открытое выражение чувств; запрещаются встречи участников вне занятий	Подкрепляется психологическая и практическая вне занятий группы, смягчаются проявления взаимного недовольства
Позиция ПСИХОТЕРАПЕВТА	Недирективная, с паритетным разделением ответственности за результат лечения и полной ответственностью пациента за его поведение	Активная, а при усилении суицидального риска — директивная, обеспечивающая поддержку и руководство поведением пациента
Характеристика группы	Закрытая, гомогенная по возрасту и наличию пограничных нервно-психических расстройств	Открыто-конечная, гомогенная по наличию кризисных проблем и суицидоопасных переживаний, гетерогенная по возрасту и нозологическому составу
Срок лечения	3-6 месяцев	1 месяц

На первых занятиях осуществляется раскрытие и сочувственное разделение суицидальных переживаний пациента членами группы, имеющих или недавно имевших подобные переживания. В результате существенно облегчается отреагирование указанных переживаний, что приводит к снижению аффективной напряженности. С целью мобилизации личностной защиты актуализируются антисуицидальные факторы.

Среди участников группы часто встречаются пациенты, у которых возникновение кризиса в значительной мере обусловлено чрезмерной чувствительностью и ранимостью в сочетании с завышенными требованиями к себе. В таких случаях темой обсуждения становится суицидогенная установка на обвинение себя во всех неприятностях, а также переживание собственной вины и несостоятельности. У данных пациентов ключевым для преодоления кризиса является достижение «принятия себя», что облегчается при использовании взаимной поддержки членов группы.

В процессе 1-го этапа ГКТ пациент получает столь необходимую ему психологическую поддержку и практическую помощь со стороны других участников группы, которые заполняют опустевший мир кризисного индивида. Своими достижениями в терапии они наглядно показывают ему возможность преодоления кризиса. В результате облегчается локализация и формулирование кризисной проблемы, после чего начинается переход ко второму этапу ГКТ.

Этап кризисного вмешательства посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. Следует отметить, что благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации пациентов при ГКТ обогащается более существенно, чем при индивидуальном взаимодействии. В группе пациент лучше принимает советы партнеров по лечению и, поддержанный ими, смелее опробует новые способы адаптации. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание пациентом у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения кризисной ситуации. Одной из наиболее частых тем, обсуждающихся в кризисной группе, является установка на сохранение «во что бы то ни стало» семейных или любовных отношений, ставших психотравмирующими или даже суицидогенными. Достижению пациентами этой жизненной цели препятствуют сформировавшиеся у них в детстве нереалистические идеалы спутника жизни — например, как опекающего и одновременно послушного.

Этап тренинга навыков адаптации начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте и у него возникает потребность в расширении своих адаптационных возможностей. На данном этапе осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда доминирующих установок, таких, как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, преобладание любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Поскольку опробование новых способов адаптации проводится на заключительном этапе ГКТ, когда суицидальный риск сведен к минимуму, снижение самооценки во время возможных неудач не приводит к усилению чувства личностной несостоятельности, а лишь способствует реалистической оценке собственных возможностей и укрепляет терапевтическую мотивацию к дальнейшему тренингу навыков адаптации.

Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевой тренинг, психодрама и аутогенная тренировка. Проигрывание роли значимого другого помогает пациенту лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить с ним отношения. Тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует тому, что стиль общения пациента становится более адаптивным. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки полоролевого поведения, подкрепляется представление о собственной половой привлекательности.

Следует отметить, что создавая ряд ценных возможностей для купирования кризиса и профилактики суицидоопасных тенденций в будущем, ГКТ одновременно значительно усложняет работу психотерапевта. Выраженная потребность кризисных пациентов в психологической поддержке, суммируясь при объединении их в группу, может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта. К тому же ему необходимо одновременно фокусировать индивидуальные кризисные ситуации членов группы в условиях их частой смены, учитывать возможность незаметного добавления к собственным проблемам пациента кризисных проблем других членов группы, предупреждать распространение в группе депрессивных и аутоагрессивных тенденций.

С целью уменьшения перечисленных трудностей практикуется совместное ведение кризисной группы с котерапевтом, функции которого заключаются в следующем. На 1-м этапе ГКТ котерапевт совместно с ведущим психотерапевтом участвует в создании атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациентов. На 2-м этапе ГКТ котерапевт обеспечивает включение участников группы в дискуссию, контроль за их состоянием и оказание необходимой психологической помощи при ухудшении состояния, а на 3 этапе ГКТ котерапевт в процессе ролевых игр выполняет функции ассистента режиссера и комментатора, проигрывает роли пациента или лиц из его ближайшего окружения, а также проводит занятия аутогенной тренировкой, направленные на улучшение эмоционального самоконтроля.

ОСОБЕННОСТИ ЭТАПОВ ГРУППОВОЙ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Терапевтич. факторы	1-й этап ГКТ: кризисная поддержка	2-й этап ГКТ: кризисное вмешательство	3-й этап ГКТ: тренинг навыков адаптации
Цель	Купирование суицидоопасных аффективных нарушений	Поиск оптимального способа разрешения конфликта	Окончательное разрешение кризиса, профилактика суицида в будущем
Задачи	Эмоциональное включение в группу, ликвидация чувства безнадежности, представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний, повышение самопрятия, мобилизация личностной защиты	Выявление неадаптивных установок, когнитивная перестройка в сфере актуального конфликта	Опробование и закрепление адаптивных способов решения проблем; сплочение группы
Методы	Раскрытие, отреагирование, разделение эмоций, сочувствие, ободрение, актуализация антисуицидальных факторов, выработка мотивации к кризисному	Проблемные дискуссии, направленные на анализ неадаптивных позиций, интерпретация форм психологической защиты, затрудняющих разрешение кризисной	Ролевой тренинг, психодрама; поддержка пациентов, находящихся на ранних этапах ГКТ

	вмешательству	ситуации	
Функции ведущего психотерапевта	Создание атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациента	Фокусирование занятия на проблеме пациента, в отношении которого осуществляется вмешательство	Моделирование актуальной ситуации пациента, функции сценариста и режиссера ситуационных и ролевых игр
Функции котерапевта		Включение участников группы в дискуссию, контроль их состояния, оказание необходимой психологической помощи	Функция ассистента режиссера, комментатора; проигрывание ролей пациента или лиц из его ближайшего окружения

Ролевой тренинг (РТ), как указывают наши сотрудники О.Р. Арнольд и Г.А. Скибина (1990), особенно показан в случаях аффективной блокады или дезорганизации интеллектуальной деятельности, когда коррекция своего поведения на уровне осознания затруднена. Ролевой тренинг способствует улучшению самовыражения через мимику, жест, движение и совершенствование восприятия других посредством фиксации таких же сигналов, то есть активизирует «языки общения». В процессе занятий развивается эмпатическое сочувствие, достигается коррекция навыков общения. Постепенно отрабатывается ненапряженное, свободное самочувствие в разных ситуациях общения — поверхностно-социального, случайного, профессионального, семейного, интимного.

В отличие от психодрамы, на РТ пациент не обязан раскрывать свои личные проблемы. Конфликтные ситуации, лично для него значимые, разыгрываются не конкретно, а опосредованно. Акцент делается на действии, анализ поведения сведен к минимуму. Основной тезис занятий — нельзя научиться общаться, не участвуя в общении, невозможно справиться с конфликтной ситуацией, не пытаясь ее смоделировать. Большая роль отводится движению и пантомиме. Обучение идет последовательно, от простого к сложному, как на каждом занятии, так и в ходе всего курса терапии.

Основной целью РТ является развитие коммуникативных функций и коррекция навыков общения. Для достижения данной цели решаются следующие задачи:

- 1) работа с масками и мышечными зажимами;
- 2) тренинг воображения и невербальной обратной связи;
- 3) тренировка эмпатии;
- 4) ассертивный тренинг;
- 5) тренинг установления интимного контакта;
- 6) сохранение эмоционального самоконтроля в простых конфликтах;
- 7) разрешение актуального конфликта.

РТ проводится 2-3 раза в неделю, каждое занятие длится 1,5-2 часа. Оптимальный состав группы около 10 человек, число мужчин и женщин по возможности одинаково. Программа РТ рассчитана на последовательное решение перечисленных выше задач для каждого участника. В то же время она позволяет новым участникам включаться в группу по мере выхода из нее излечившихся пациентов.

РТ начинается с работы с масками, чаще всего встречающихся у кризисных пациенток: «деловая женщина», «домашняя хозяйка», «девочка-мальчик», «спортсменка». Обращается внимание на мышечные зажимы, определяется центр тела. Например, у «домашней хозяйки» — в плечах и голенях; у свободной, уверенной в себе женщины — в груди; у женщины, ощущающей себя привлекательной, — в груди и бедрах. У женщины, «летающей на свидание», центр тела вынесен вовне.

В качестве разминки используются походки в перечисленных ролях с обращением внимания на расслабление мышц плеч, спины, голеней и на центр тела. Участникам предлагается вжиться в образ человека с распрямленными плечами, высоко поднятой головой, свободной походкой, побыть играющим ребенком, кошкой и т. п.

Следующая группа упражнений разминки — на воображение. Пройтись «по зыбучим пескам», по болоту, по натертому скользкому паркету, по грязной дороге в туфлях на высоких каблуках. Представить себя вырастающим из саженца кустом, раскрывающимся цветком. Пройтись в костюме полярника, в рабочем комбинезоне, в норковом мантио, в вечернем платье со шлейфом, в купальнике.

Далее используются актерские этюды с воображаемым предметом: ощупать невидимую стену, повесить картину, открыть форточку, найти нужную книгу в книжном шкафу, разбить любимую

чашку, пожарить яичницу на плите. В достаточно многочисленной группе можно играть воображаемым мячом, перетягивать канат, сматывать пряжу, передавать по кругу чашу с вином, трубку мира, котенка, ежика.

Для тренировки обратной связи применяются парные этюды с воображаемыми предметами: повесить вдвоем картину, свернуть ковер, стряхнуть скатерть, пройти навстречу друг другу в узкую дверь или между двумя лужами, пилить дрова двуручной пилой, грести в одной байдарке. Нередко при выполнении этих упражнений возникает и обсуждается проблема лидерства.

Для развития эмпатии разыгрываются следующие этюды. Разговор через стекло. Прощание на вокзале через стекло вагона. Разговор через витрину магазина. Живое Зеркало — женщина накладывает макияж, причесывается, одевается; мужчина копирует ее мимику и движения. Скульптуры — участники воспроизводят известные персонажи изобразительного искусства, стремясь наиболее точно передать их позы и выражения лиц.

На следующей стадии РТ — ассертивного тренинга — начинает использоваться речь. В парах происходит обмен ролями, затем группа обсуждает умение употреблять социально приемлемые способы агрессивности и противостоять ей. Вначале проигрываются малозначащие ситуации, затем переходят к более трудным. Магазин: заставить нелюбезного продавца подобрать подходящий товар. Билетная касса: купить билет на нужное направление в разгар сезона. Опоздание на работу: оправдаться перед строгим начальником. Телефон-автомат: один бесконечно долго говорит, другой очень спешит.

Тренинг установления интимного контакта. В поезде или в метро молодой человек пытается познакомиться с понравившейся ему девушкой; она идет навстречу, если он сумел заинтересовать ее. В самолете женщина хочет поговорить с соседом, который собрался отдохнуть от тяжелой работы и семейных сложностей во время длительного перелета. После того как упражнение выполнили несколько пар, группа оценивает легкость установления контакта, нестандартные приемы, умение держать и сокращать дистанцию в общении, чувство партнера.

Импровизация сказки. Группа рассказывает известную сказку, распределяет роли и разыгрывает ее. Психотерапевт предлагает роли с учетом необходимости отдельным участникам отыграть или, наоборот, взять под контроль определенные чувства: агрессию, тревогу, нежность и т. д. Кроме того, психотерапевт следит за сохранением шутиливой или хотя бы иронической атмосферы, которая способствует юмористической отстраненности при возможном столкновении с актуальными переживаниями.

Разыгрывание ситуаций неверности. Муж поздно возвращается с работы, жена высказывает подозрение в измене, хочет сохранить семью. Жена с покупками заходит передохнуть в кафе, где застаёт своего мужа с незнакомой женщиной. К жене в квартиру звонит молодая незнакомка, которая хочет познакомиться с «сестрой» своего жениха. Молодой человек угощает на даче ужином новую знакомую, в это время дверь открывает своим ключом его подруга, приехавшая на последней электричке. Подобные ситуации разыгрываются и на тему женской неверности.

Разыгрывание детско-родительских конфликтов. Мать хочет, чтобы дочь (сын) помогла ей убрать квартиру и затем поехала на выходные к бабушке в деревню, у подростка планы поехать с компанией за город. У сына в школе конфликт, он замкнулся в себе, отец пытается помочь ему. Дочь поссорилась с мужем и хочет переехать с детьми к матери, которая не любит зятя. Применяется обмен ролями, чтобы дать возможность пережить чувства реального партнера в своей актуальной ситуации.

Разыгрывание конфликтов в малой группе. В купе поезда дальнего следования находятся 4 пассажира, появляется женщина с ребенком, имеющая билеты-двойники, вызывают проводницу, бригадира поезда. Студент(ка) после академического отпуска знакомится с новой для него учебной группой; пока играющий эту роль ожидает за дверью, распределяются роли: первой красавицы, ее завистливой подруги, неформального лидера, пары влюбленных. Девушка приезжает на день рождения подруги в чужой город; оказалось, что хозяйку срочно вызвали на работу, а среди незнакомых гостей — девушка, с которой раньше был конфликт. Роли распределяются, пока героя сюжета ожидает за дверью.

Окончание кризисной терапии является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения пациента, составляются реалистические планы на будущее, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долгосрочной терапии и в случае необходимости вырабатывается мотивация к ее проведению.

Окончанию кризисной терапии посвящается одна-две беседы, так как преждевременное начало этой работы может усилить тревогу пациента по поводу предстоящего прекращения лечения. Если тревога все же нарастает, необходимо разделить это чувство, выяснить причины тревоги, подчеркнуть

выполнение намеченной в начале лечения программы, договориться о поддерживающей терапии или передаче пациента другому психотерапевту, а также о возможности возобновления лечения, если в будущем возникнет такая необходимость.

Пациенту может быть предложено посещать межличностно-ориентированную группу или группу «захода», функционирующую при кабинете социально-психологической помощи или в клубе бывших пациентов. Группа «захода» является проблемно-ориентированной, открытой, временно неограниченной, не требующей заключения терапевтического договора и регулярного участия. Пациенты могут делать сколь угодно длительные перерывы в занятиях. Ведущую роль играет наличие «ядра» группы — наиболее постоянных членов группы, посещающих ее месяцами и выполняющих функции котерапевтов.

Поощряется сохранение связи выписанных пациентов друг с другом и членами терапевтической группы, продолжающими лечение, оказание необходимо взаимной помощи. Для лиц с чувством неполноценности, низкой самооценкой, составляющих значительную часть пациентов, подобная возможность особенно важна для повышения уверенности в своих силах и помогает в будущем избегать занимать излишне зависимую позицию в межличностных отношениях.

В течение последующих 3-6 месяцев функционирования послекризисной группы у ее участников «дозревают» навыки адаптивного общения. С помощью приемов взаимной коррекции и самокоррекции, усвоенных в процессе лечения, бывшие пациенты окончательно освобождаются от неадаптивных установок. Указанные позитивные изменения облегчают пациентам разрешение проблем социально-психологической адаптации в их естественных малых группах.

СЕМЕЙНАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

*Нас привязывают к жизни те, кому мы служим опорой.
Мария Эбнер-Эшенбах*

Наиболее распространенной причиной психологического кризиса являются семейно-личные конфликты. Особое значение подобных конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный индивид лишается поддержки своего ближайшего окружения, в результате чего у него развивается чувство эмоциональной изоляции. Можно выделить два варианта указанной ситуации: супружеский конфликт (или шире — конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе — детско-родительский, причем дети могут быть уже взрослыми).

Супружеский конфликт. В отличие от клиентов семейных консультаций кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидоопасные тенденции, и, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного конфликта. Соответственно семейная кризисная терапия отличается от традиционной семейной терапии тем, что направлена на купирование суицидоопасных тенденций путем быстрого разрешения семейного конфликта. Задача обязательного сохранения семьи при этом не ставится.

Семейная кризисная терапия показана и возможна при наличии собственной инициативы членов семьи кризисного индивида, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в помощь индивиду, опасности развития кризиса у других членов семьи. Данная форма кризисной терапии предполагает три установки партнеров:

- 1) продолжение отношений на лучшем, чем до кризиса, уровне;
- 2) сохранение неустойчивого равновесия;
- 3) четкое и окончательное разделение.

1. Улучшение докризисных отношений. В этом случае оценивается, какие способы адаптации применялись до кризиса, почему они отсутствуют теперь, что мешает реализовать потребность в примирении. Если выявленная угроза отношениям носит внешний характер (вмешательство или недостаточная помощь родителей, нарушение баланса в результате изменения состава семьи и т. д.), помощь должна быть нацелена на формирование более эмпатичного отношения близких к пациенту и его партнеру. В случае внутренней угрозы отношениям (непосредственное ухудшение отношений партнеров) применяется тактика, направленная не только на разрешение текущих проблем, но и на выявление и коррекцию взаимоисключающих ожиданий и требований партнеров по отношению друг к другу.

У некоторых пациентов можно выявить симбиотические отношения с лицом противоположного пола в раннем детстве, глубокую привязанность к нему. Пациенты этой группы отличаются завышенным уровнем притязаний по отношению к объекту привязанности, прежде всего ожиданием от него максимального внимания. Эти пациенты видят причину своего кризисного состояния в недостаточном внимании к ним со стороны партнера, пытаются использовать авторитет

психотерапевта для того, чтобы улучшить отношение партнера к себе. Их конфликт с партнером нередко развивается из-за того, что они пытаются играть лидерскую роль вопреки нарастающему сопротивлению партнера или осуществлять две противоположные тенденции одновременно — например, директивную в семейно-бытовой сфере и иждивенческую в материальной или психологической.

В других случаях, напротив, пациенты с детства страдают из-за отсутствия теплых отношений и испытывают повышенную потребность в них (по механизму сверхценной значимости фрустрированной потребности). Пациенты данной группы характеризуются чрезмерной ранимостью, завышенными требованиями к себе, склонны винить себя в разрыве отношений, переживая при этом чувства унижения и собственной несостоятельности. Им нередко свойственны альтруистические и пуританские установки, под влиянием которых они склонны к замене важного для партнера сексуального компонента отношений гиперопекой, приближающейся к родительской. Конфликт возникает из-за неспособности пациентов этой группы строить равноправные отношения с партнером, которого они лишают возможности проявлять доброту, заботу, а также из-за недостаточных навыков полоролевого поведения.

2. Сохранение неустойчивого равновесия. В ситуации неустойчивого равновесия обращение за помощью происходит обычно в период временного разделения. Партнеры в ходе терапии вовлекаются во взаимные контакты — очные или заочные, посредством телефона, переписки, родственников и друзей и консультирования их в этой роли. Содержанием контактов является выяснение нерешенных проблем во взаимоотношениях; при этом не обсуждается, какой ущерб партнеры нанесли друг другу, так как это может привести к повышению эмоциональной напряженности кризисного пациента. Не дается рекомендаций относительно сохранения или прекращения отношений. Напротив, подчеркивается, что ответственность за решение этого вопроса лежит на пациенте и его партнере. Нередко разделение супругов в определенной степени провоцируется их родственниками. В этих случаях у супругов достигается осознание роли указанного фактора и предлагается перестроить отношения с родственниками с учетом собственных интересов.

3. Четкое и окончательное разделение. Данный вариант встречается чаще всего у женщин. Данная группа пациенток испытывает, во-первых, неудовлетворенность имеющимися интимно-личными отношениями, во-вторых, страх расставания с объектом эмоциональной привязанности, отвержения и одиночества, утраты матримониального статуса, а также опасения по поводу возможности воспитать детей без отца; и, в-третьих, неверие в свою способность вновь сформировать взаимозависимые отношения с другим партнером. В подобных случаях в качестве неадаптивных установок выступает неприятие — даже на непродолжительное время — статуса одинокой женщины, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для того, чтобы с помощью создания и сохранения пары избежать неприемлемых для себя и непереносимых переживаний отвержения и одиночества. Ригидность данных установок, сверхценное эмоциональное отношение к сохранению пары у большинства пациенток обусловлено их симбиотическими тенденциями. При этом партнер нереалистически, без достаточных оснований, воспринимается как «родной».

В случае принятия окончательного решения о разрыве отношений при сохранении эмоционально-сексуальной привязанности к партнеру семейная кризисная терапия заключается в следующем. Аналогично приемам кризисной терапии в ситуации смерти любимого человека психотерапевт с помощью членов семьи и друзей обеспечивает пациентке сочувственное разделение эмоций горя и тревоги, а при отвержении пациента партнером — и чувств обиды и унижения. Содержанием тревоги в ряде случаев являются опасения по поводу возможности устроить свою будущую личную жизнь, связанные со страхом одиночества и сомнениями в своей сексуальной привлекательности. В этих случаях на этапе кризисной поддержки особое внимание обращается на восстановление пониженной самооценки, а на этапе кризисного вмешательства — на создание мотивации к выработке эффективных форм полоролевого поведения, которые помогут в будущем установить новые высокозначимые отношения. Вмешательство психотерапевта в данном случае заключается в перестройке сознания кризисного индивида, а именно представления о себе как о существе, немислимом вне пары.

Конфликт с родственниками. В фазе установления терапевтического контакта психотерапевт выполняет функции посредника, избегая роли третьей стороны и тем более принятия чьей-либо стороны в конфликте, а также обсуждения хронических проблем семьи. Активность психотерапевта должна быть направлена на улучшение семейной атмосферы как в интересах кризисного индивида, так и остальных членов семьи.

В процессе индивидуальных бесед проводится оценка точек зрения членов семьи на причины конфликта, отреагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся семейные диспуты с целью формирования общей позиции семьи в подходе к актуальным

проблемам. В случае взаимного недоверия членов семьи для осуществления немедленных совместных конструктивных действий по разрешению проблемы заключается семейный договор. При необходимости проводится психологическая коррекция симптомов тревоги членов семьи, связанной с перестройкой ролей и позиций в семье с целью установления более эмпатичных отношений. Следует указать на особую трудность коррекции директивной позиции родителей молодых суицидентов, которые не могут самостоятельно освободиться от навязчивого гиперконтроля родителей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ

Нами были обследованы 200 человек, госпитализированных по поводу суицидоопасных состояний и получавших лечение в соответствии с разработанной нами программой кризисной терапии. Исследование проводилось

в специализированном кризисном стационаре суицидологического центра, расположенного на базе городской клинической больницы Скорой помощи X» 20. В группе обследованных мы наблюдали три типа суицидоопасных кризисных состояний: реакции дезадаптации (80 пациентов), невротические и психопатические ситуационные реакции (65 пациентов), дистимия и психогенная депрессия (55 пациентов).

122 человека перед поступлением в стационар являлись абонентами Телефона Доверия или обращались за помощью в кабинеты социально-психологической помощи и в районные психоневрологические диспансеры. Их направление в кризисный стационар было обусловлено неэффективностью амбулаторного лечения и нарастанием суицидального риска. 34 человека поступили в стационар после консультации психиатра непосредственно из Центра отравлений, реанимационных отделений, а также из приемного или соматических отделений городской больницы № 20. 8 человек были переведены из психосоматического отделения больницы, куда они были госпитализированы после тяжелой суицидальной попытки.

114 человек находились в остром постсуицидальном периоде после совершения ими попытки самоубийства (81% — после самоотравления, 14% — после самопореза вен). Остальные 86 человек поступили в кризисный стационар в остром пресуицидальном состоянии, из них 43 пациента в прошлом совершали суицидальные попытки. Случаи с демонстративно-шантажным суицидальным поведением не анализировались. Большинство пациентов обнаруживали достаточно высокий суицидальный риск, не имели опыта лечения у психотерапевта и в силу этого отличались неустойчивыми и нереалистичными ожиданиями в отношении лечения. Все это в значительной степени затрудняло выработку терапевтической мотивации у пациентов.

Среди обследованных преобладали женщины: 145 человек. Основной процент обследованных (61%) приходился на возраст от 20 до 39 лет, что соответствует данным, содержащимся в научной литературе. Основная часть пациентов (более 60%) была представлена служащими, людьми умственного труда, учащимися и студентами — то есть категорией, отличающейся наивысшей частотой суицидального поведения. 24% пациентов были холостыми (незамужними), 23% — разведенными и 9% — вдовыми. Конфликты семейного и интимно-личного плана выявлены у 68% пациентов. У остальных поводом Для суицидоопасных кризисных состояний были учебные и профессиональные конфликты, утрата близких, здоровья, социального статуса и т. д. В 44% случаев выявлены факторы нестабильности родительской семьи и неправильного воспитания пациентов: неполная или конфликтная семья, проживание в детском доме или, напротив, изнеживающая опека. У 27% обследованных наследственность был отягощена алкоголизмом. 18 ближайших родственников пациентов совершили суицидальные попытки, в 12 случаях — завершённые.

Об эффективности терапии мы судили по данным катamnестического обследования. Катamnестические данные получены о 160 пациентах (80% всей изученной группы). Длительность катamnеза составила от 2 до 6 лет, в 77% случаев — 3-5 лет. При обследовании выяснялись способы социально-психологической адаптации к жизни. Оценка состояния пациентов при катamnестическом исследовании проводилась комплексно, с учетом многих факторов и дифференциации удельного веса каждого фактора в определении степени адаптации. При оценке социальной адаптации определялась степень социализации. С этой целью учитывались такие критерии, как участие в трудовой деятельности, профессиональный рост и продвижение по службе у лиц трудоспособного возраста; успеваемость у студентов и учащихся, окончание ими учебных заведений; семейное положение, наличие детей, а также друзей и знакомых, круг интересов, наличие реальных планов на будущее. Психологический компонент адаптации включал в себя степень удовлетворенности пациента собой, своей жизнедеятельностью как в отдельных сферах, так и всей жизнью в целом, а также способность к самоконтролю и самокоррекции в ситуации фрустрации. Определялась также степень выраженности

психопатологической симптоматики: эмоциональных расстройств, невротических и психопатических проявлений, алкоголизации и наркотизации. Оценивалось отношение к пережитому суицидальному эпизоду, наличие и выраженность суицидальных проявлений за период катамнеза, их связь с кризисными ситуациями, способы разрешения упомянутых ситуаций: самостоятельно, с помощью окружающих, специалиста. Наконец, выяснялось, возникали ли за время катамнеза конфликтные ситуации, подобные той, которая привела к суицидогенному конфликту, и если возникали, уточнялся стиль поведения при этом. Это позволяло оценить степень изменения толерантности к психотравме и смену поведенческих стереотипов.

Данные катамнестических исследований позволили выделить два типа адаптации: активный и пассивный. Активный тип адаптации характеризовался расширением докризисных адаптационных возможностей: временно не работавшие пациенты приступали к трудовой деятельности, работавшие за период катамнеза продвигались по службе, повышали свою квалификацию. У учащихся пациентов повышалась успеваемость, они успешно заканчивали учебное заведение. Не имевшие семьи вступали в брак или были удовлетворены своей личной жизнью вне брака. О повышении уровня адаптации свидетельствовало также появление у пациентов детей и успешное выполнение ими своих родительских функций, а также установление стабильных дружеских взаимоотношений, расширение круга интересов, наличие реальных планов на будущее, оптимистическое отношение к своим возможностям, активная жизненная позиция.

К активному типу адаптации относились и те случаи, в которых благоприятного изменения ситуации не наступало по объективным причинам, но пациенты воспринимали эту ситуацию адекватно, без ущерба для своего функционирования в других жизненных сферах. Суицидальные тенденции за период катамнеза при данном типе адаптации актуализировались редко, они сравнительно легко и быстро преодолевались благодаря применению навыков самокоррекции, приемов когнитивной терапии и актуализации антисуицидальных факторов. Реализации суицидальных тенденций не наблюдалось. На всем протяжении катамнеза сохранялось стойкое критическое отношение к пережитому суицидальному эпизоду. Суицидальный акт оценивался как неконструктивный способ разрешения психологического кризиса.

Пассивный тип адаптации отличался отсутствием внутренней динамики, расширения адаптационных возможностей пациентов. Улучшение их состояния достигалось без активного участия самих пациентов, было связано с улучшением ситуации или манипулятивными тенденциями в суицидальном поведении пациентов, нашедших подкрепление со стороны их ближайшего окружения. Отношение к пережитому суицидоопасному кризису у многих оставалось аналитическим или манипулятивным. Пациенты полагали, что суицидальное поведение помогло им разрешить ситуацию и оценивали его как возможное в будущем средство выхода из психологического кризиса. В то же время при актуализации суицидальных тенденций они обращались за поддержкой к бывшим участникам кризисных групп, пользовались помощью суицидолога, что предотвращало реализацию суицидальных тенденций. Попыток самоубийства при данном типе адаптации не наблюдалось, однако суицидальный риск оставался достаточно высоким, с тенденцией к нарастанию при ухудшении жизненных обстоятельств, что делало необходимым проведение поддерживающей терапии.

У некоторых пациентов актуальность кризисной ситуации и соответственно суицидальный риск снижались лишь на время пребывания пациентов в стационаре. Причем указанные изменения происходили не за счет конструктивной перестройки в социально-психологической сфере, а в связи с уходом из травмирующей ситуации. Наблюдалось длительное сохранение тенденций, характерных для суицидально-фиксированного типа постсуицида с хроническим суицидальным поведением, повторными попытками самоубийства при ухудшении жизненной ситуации. Пациенты негативно относились к лечению, считали его ненужным или неэффективным, отказывались посещать суицидолога, не поддерживали отношений с бывшими членами кризисной группы. В таких случаях можно было говорить о дезадаптации.

На основании катамнестических данных можно сделать вывод, что основной цели кризисной терапии удалось достичь в большинстве случаев. Наибольшая эффективность наблюдалась в группе пациентов с реакциями дезадаптации и невротическими реакциями, причем в первой группе положительный эффект был достигнут в основном за счет активного типа адаптации (73% пациентов). У 15 человек (9,4% катамнестической группы) выявлены повторные суицидные попытки, которые возникали как реакция на усложнение кризисной ситуации или появление новой психотравмирующей ситуации. 8 пациентов были вновь госпитализированы в постсуицидальный период в кризисный стационар, у 4 пациентов суицидоопасные состояния были купированы амбулаторно. По данным, полученным из литературы, количество повторных суицидов у пациентов, проходивших кризисную терапию, составляет от 14 до 33%, то есть в среднем 23,5%. В нашем исследовании повторность суицидных попыток ((9,4%) оказалась в 2,5 раза ниже, чем у других авторов, что доказывает высокую

эффективность терапевтической программы.

Катамнестические исследования показали, что тип социально-психологической адаптации зависел от формы суицидоопасного кризисного состояния. У большинства пациентов, перенесших реакции дезадаптации, выявилось расширение докризисных адаптационных возможностей с повышением уровня самопрятия, самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок, формированием оптимистической жизненной позиции. В то же время в данной группе наблюдалось три завершённых суицида, которые произошли в течение первого года наблюдений при новом повороте неразрешённой кризисной ситуации, что подтверждает известные данные о максимально высоком суицидальном риске у лиц с реакциями дезадаптации.

У пациентов с невротическими ситуационными реакциями уровень адаптации был непосредственно связан с выраженностью невротических расстройств, повторных суицидных попыток не наблюдалось. У психопатических личностей тенденция к хроническому суицидальному поведению сохранялась и в катамнезе, что нашло отражение в 9 повторных незавершённых суицидных попытках, обусловленных новыми психотравмирующими ситуациями.

Больные психогенными депрессиями по выходе из болезненного состояния, как правило, возвращались к докризисному уровню адаптации. Однако в единичных случаях (два наблюдения) имела место дезадаптация с незавершёнными попытками самоубийства. У больных дистимией, помимо возвращения к прежнему адаптационному уровню, часто оставалась на длительное время астеноипохондрическая симптоматика; лишь в одном случае имела место незавершённая суицидальная попытка.

Результаты исследования позволяют рекомендовать экстренную госпитализацию в кризисный стационар лиц с реакциями дезадаптации и острой психогенной депрессией. Лиц, страдающих невротическими реакциями и дистимией с невысоким суицидальным риском, предпочтительнее вести в условиях кабинета социально-психологической помощи. Лиц психопатического склада с частыми декомпенсациями и хроническим суицидальным поведением необходимо направлять в кабинет суицидолога психоневрологического диспансера.

В заключение приведу несколько записей пациентов, сделанных ими в книге отзывов при выписке из Кризисного стационара. «У меня произошла переоценка ценностей. Меня направили на то, к чему я самостоятельно прийти не смогла. Я бесконечно благодарна за все. Вы сумели за такой короткий срок помочь мне в ситуации, которую я считала трагически неразрешимой». «Пришла я в Кризисный стационар 13 июля с мыслью — близко, близко от меня стоит моя смерть. Выписалась я из стационара 16 августа с чувством, будто родилась заново. 16 августа — мой второй день рождения...». «Все мы приходим сюда с сильной болью в душе, а ваши чуткие руки лечат эту израненную душу. Мы уходим отсюда, оставляя здесь свою боль. Мы идем в жизнь с зарядом оптимизма, с воскресшей верой в собственные силы. Мы возвращаемся для новой жизни, благодаря вам становимся чуточку мудрее. За этот ваш человеческий каждодневный подвиг - огромное, глубочайшее спасибо. Спасибо за веру, за способность ощущать снова радость жизни, за умение опять улыбаться весеннему солнцу. Спасибо за то, что мы нашли себя, благодаря вам стали сильнее, чем мы были». «Раньше я была в общем-то одинокой. Сейчас, как Чебурашка, нашла много новых друзей». «Группа дала мне силы жить дальше, здесь я нашла хороших друзей». «Зеркальные души людей, окружавшие меня, дали мне возможность увидеть себя со стороны. А ведь это так важно, когда хочешь измениться в лучшую сторону, чтобы решить свои проблемы».

Реакция на тяжелый стресс

*Кто полагает, что добрая только судьба возвышает,
Дурная же нас лишь сгибает,
Тот года не видит всего, видит лишь нынешний день.
Рудольф Штайнер*

Самыми распространенными психическими расстройствами являются психогении. Они отличаются от эндогенных и экзогенных расстройств в соответствии с триадой К. Ясперса:

- 1) расстройство возникает вслед за психотравмой;
- 2) содержание переживаний отражает ее;
- 3) дезактуализация травмы ведет к ослаблению или прекращению расстройства.

Наиболее тяжелыми стрессорами являются: боевые действия, катастрофы, пожар, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти другого, пытки, изнасилование, разбойное нападение. Более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор (удержание в

заложниках), чем на природную катастрофу (наводнение).

Принята следующая категоризация психотравм.

Незначительная:

- острая (до 6 мес.) — разрыв с любимым, начало или окончание обучения, отъезд ребенка из дома;
- хроническая — семейные ссоры, неудовлетворенность работой;

Умеренная:

- острая — женитьба, разлука, аборт, потеря работы, отставка;
- хроническая — разлад в семье, положение родителя-одиночки, серьезные финансовые трудности, конфликт с начальством.

Выраженная:

- острая — развод, рождение первого ребенка;
- хроническая — безработица, бедность.

Экстремальная:

- острая — смерть супруга, опасная болезнь, оказаться жертвой насилия;
- хроническая — серьезная хроническая болезнь у себя или ребенка.

Катастрофическая:

- острая — смерть ребенка, суицид супруга;
- хроническая — пребывание в заложниках или в концлагере.

Во время стресса человек использует проблемно-решающее поведение, успешность которого определяется личностными и социальными характеристиками индивида: физическими (здоровье, выносливость), социальными (круг знакомых, друзей, родных), психологическими (убеждения, самооценка и т. п.), материальными. Проблемно-решающее поведение включает два типа стратегий: 1) активные, ориентированные на разрешение проблем и приводящие к редукции симптомов эмоционального дистресса (самоконтроль, планирование разрешения проблем, позитивная переоценка и т. д.); 2) пассивные, направленные на редукцию эмоционального напряжения путем избегания, ухода от проблем, что, в конечном счете, приводит к нарастанию симптомов эмоционального дистресса.

Выделяют следующие способы проблемно-решающего поведения:

Конфронтация — я буду стоять на своем и отстаивать свою позицию. Дистанцирование — уйду, чтобы ничего не случилось. Самоконтроль — я стараюсь справиться со своими проблемами сам. Использование социальной поддержки — я обсуждаю проблему с окружающими.

Повышение ответственности — критикую свои действия или обучаюсь новым способам поведения.

Избегание — делаю все, чтобы отвлечься от проблемы, расслабиться, забыться.

Планирование разрешения проблемы — я думаю, что мне сделать. Позитивная переоценка ситуации — изменяю свое мнение о ситуации, нахожу в ней положительные стороны.

ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС

В начале воздействия стрессора наблюдаются переживания ужаса, отчаяния, глубокое аффективное сужение сознания, затрудняющее контакт с окружающими, двигательная заторможенность или бесцельное метание, а также вегетативные расстройства: бледность или покраснение кожи, потливость, сердцебиение, непроизвольное выделение мочи и кала. В результате взаимной индукции может возникнуть массовое аутодеструктивное поведение.

В течение первого часа после начала воздействия стрессора развивается состояние, для которого характерны: отход от ожидаемого социального взаимодействия, сужение внимания, очевидная дезориентировка, гнев или вербальная агрессия, отчаяние или безнадежность, неадекватная или бессмысленная гиперактивность, неконтролируемая и чрезмерная грусть. В это время возникают три

феномена:

- 1) субъективное чувство сужения времени, когда все воспринимается как происходящее «здесь и сейчас», а прошлого и будущего нет;
- 2) представление об отсутствии ресурсов для выхода из ситуации и
- 3) переживание угрозы на уровне смыслов ценностей.

При смягчении или удалении стресса симптомы ослабевают не ранее, чем через 8 часов, а при сохранении стресса — не ранее, чем через 48 часов. Воспоминания об этом периоде не сохраняются, так как наступает диссоциативная амнезия. Острая реакция на стресс длится от 2 до 60 дней. Жертвы изнасилования и разбойных нападений долго не отваживаются выходить из дому без сопровождения. Могут быть последствия в виде злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также суицидных попыток.

Психотерапия. Для того чтобы человек вышел из пассивной роли жертвы, необходимо восстановить у него чувство собственной активности, контроля над ситуацией. Задачей терапии является поддержка, проработка травмирующего материала, переоценка кризисной ситуации, изменение мировосприятия, повышение самооценки, выработка реалистической перспективы и активной жизненной позиции. Важно вернуть клиенту чувство компетентности за счет воспоминания о преодолённых трудных ситуациях и проектирования будущего, в котором можно использовать удачный прошлый опыт.

При этом психолог должен отслеживать возможные суицидальные тенденции и аффективные реакции, разряжать агрессию, переводя ее на себя. Поскольку он тоже находится под воздействием травмирующей ситуации, не стоит скрывать свою тревогу. Лучше попросить клиента поправить психолога, если он начинает навязывать что-то свое. Наиболее эффективна групповая форма терапии.

E Lasogga, B. Gasch (1997) разработали следующие рекомендации по оказанию неотложной кризисной помощи.

Правила для сотрудников спасательных служб:

1. Дайте знать пострадавшему, что вы уже рядом и что предпринимаются меры по спасению.
2. Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов.
3. Осторожно устанавливайте телесный контакт: возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу.
4. Говорите спокойно, не скрывая сострадания; выслушивайте внимательно и терпеливо, без упреков; спросите, чем вы можете помочь.

Правила для психологов:

1. Прежде чем приступать к помощи, определите, кто из пострадавших в чем нуждается. Уделите этому 30 секунд при одном пострадавшем, около пяти минут — при нескольких пострадавших. Будьте готовы к среднему уровню возбуждения у пострадавшего (это нормально).
2. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.
3. Займите положение на том же уровне, что пострадавший, возьмите его за руку или похлопайте по плечу. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной, не обвиняйте его.
4. Расскажите пострадавшему, какая помощь будет ему оказана. Сразу скажите ему, что вы ожидаете от своей помощи и как скоро можно ожидать успеха. Расскажите о своей квалификации и опыте, чтобы пострадавший убедился в вашей компетентности.
5. Дайте пострадавшему сильное поручение, чтобы он мог убедиться в способности самоконтроля.
6. Дайте пострадавшему высказаться. Будьте внимательны к его чувствам и мыслям, пересказывайте позитивное.
7. При расставании найдите себе замену и проинструктируйте этого человека о том, что нужно делать с пострадавшим.
8. Привлеките людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания ему помощи. Инструктируйте их и давайте простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.
9. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.
10. Снимайте возникшее у вас в процессе работы напряжение с помощью релаксации и

профессиональной супервизии.

Е.М. Черепанова (1995) описывает процедуру дебрифинга — группового обсуждения, нацеленного на минимизацию психических страданий. При этом применяются: расспрос, эмпатическое выслушивание, эмоциональное отреагирование, информирование, когнитивное структурирование, в результате чего у пострадавшего возникает чувство контроля происходящих событий. Дебрифинг является формой краткосрочной психологической скорой помощи, он проводится непосредственно на месте катастрофы и позволяет решать следующие задачи:

- проработка впечатлений, реакций и чувств;
- помощь в когнитивной организации переживаемого опыта путем понимания как событий, так и реакций;
- уменьшение индивидуального и группового напряжения;
- уменьшение чувства уникальности и патологичности собственных реакций. То есть нормализация состояния путем обсуждения чувств и реальной возможности поделиться друг с другом своими переживаниями;
- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности и понимания;
- подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть;
- определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.

При проведении дебрифинга выделяют три задачи (проработку основных чувств участников и измерение интенсивности стресса команды; детальное обсуждение симптомов, обеспечение чувства защищенности и поддержки, мобилизация ресурсов; обеспечение информацией и формирование планов на будущее) и семь фаз.

1. Вводная фаза. Ведущий представляет себя, свою команду, обозначает цели и задачи работы, определяет правила дебрифинга.

2. Фаза контакта. Каждый человек кратко описывает то, что с ним произошло. Причем ведущий поощряет уточняющие вопросы членов группы, которые помогают восстановить объективную картину происшедшего.

3. Фаза мыслей. Дебрифинг фокусируется на процессах принятия решений и мышления. Обсуждаются мысли, приходившие в голову во время события. Часто эти мысли кажутся неуместными, причудливыми, отражающими чувство страха.

4. Фаза разочарования. Исследуются чувства, поэтому фаза эта наиболее длительная. Ведущему важно помочь людям рассказать о переживаниях, так как обсуждение их в группе может вызвать дополнительную поддержку, чувство общности и естественности реакций.

5. Фаза симптомов. Обсуждаются реакции (эмоциональные, физические, когнитивные), которые люди пережили на месте действия, после его завершения, спустя какое-то время.

6. Завершающая фаза. Ведущий обобщает реакции участников, пытается нормализовать состояние группы.

7. Фаза адаптации. Обсуждается и планируется будущее, намечаются стратегии преодоления. Создается внутригрупповой психологический контекст, рассматриваются дальнейшие способы поддержки друг друга. Обсуждаются возможность и необходимость обращения к профессиональной помощи.

Пример (собственное наблюдение). Впечатлительная молодая таксистка попала в аварию. После этого при виде встречного грузовика она бросала руль и в панике закрывала лицо руками. Ночью ее преследовали кошмары. Стоял вопрос об увольнении и смене профессии.

Начальство дало ей недельный срок для лечения. Больная оказалась высоко гипнабельной. В гипнозе ей внушались сновидения, в которых она избегала столкновения со встречной машиной благодаря своим уверенным и автоматическим действиям. Такие же сновидения было внушено видеть в ночном сне. Было проведено три сеанса гипноза, но больная побаивалась садиться за руль. Перед выходом на работу приехала к врачу на грузовике и вместе с ним проехала по городу. Во время поездки находилась в самопроизвольном (постгипнотическом) трансе, реакция на дорожные ситуации была автоматической и безошибочной. Вышла из транса самостоятельно с чувством триумфа и уверенности в своих возможностях. Больше за помощью не обращалась.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

Внешние и внутренние раздражители, которые напоминают или символизируют какой-либо аспект травмирующего события, могут вызвать сильную психологическую и физиологическую реакцию. Характерны попытки избегать воспоминаний о травме, мест и людей, связанных с ней,

невозможность произвольно вспомнить важные аспекты травмы.

Наблюдается повышенная чувствительность и возбудимость, проявляющаяся в следующих симптомах (не менее двух): повышенная настороженность и бдительность, усиленная реакция на испуг, напряженность, раздражительность или вспыльчивость, повышение уровня бодрствования, затрудненное засыпание или тревожный сон, повышенная утомляемость. Снижаются интересы, сосредоточение и продуктивность, появляется ориентация на прошлое, нарушается чувство времени.

В течение года после стрессового воздействия в ситуации, напоминающей стрессовую или связанной с ней, навязчиво возникают чрезвычайно живые стойкие воспоминания (flash-backs — англ.) пережитого, которое находит свое отражение и в повторяющихся сновидениях. В состоянии опьянения и при пробуждении возможны диссоциативные эпизоды с переживанием деперсонализации-дереализации. Наблюдаются также обманы восприятия, чувства, мысли и действия, отражающие содержание травмы.

Пациенты испытывают чувства страха, беспомощности, горя, унижения, вины, стыда, злобы. Типичной защитой является общее притупление чувств: эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от других людей, представление о кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной перспективы, потеря удовольствия от прежних увлечений, невозможность переживать радость, нежность, оргазм. Подавление эмоций приводит к их эпизодической разрядке в виде грубых, брутальных аффективных проявлений. Наступает отчуждение от близких, ухудшаются взаимоотношения на работе и в семье, легко возникают зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) и суицидальные тенденции.

Описаны случаи с отставленными проявлениями расстройства, хронизацией его и патологическим развитием личности с депрессивными, возбудимыми и инфантильными чертами (Магомед-Эминов, 1998). Пациенты настроены недоверчиво и враждебно, общаются лишь с самыми близкими людьми. Они испытывают чувства внутренней пустоты и безнадежности, вызванные повышенной зависимостью от значимых других с невозможностью выразить негативные эмоции по отношению к ним. Характерно сочетание настороженности, нервозности, раздражительности и эмоциональной оглушенности с чувством собственной измененностиTM и инакости по сравнению с остальными людьми с отчуждением от них. Наблюдается отчетливое социальное снижение, отрицательное воздействие на близких и стойкое субъективное страдание. Часто развивается зависимость от психоактивных веществ и склонность к саморазрушающему поведению.

В происхождении ПТСР играют роль такие факторы, как столкновение со смертью, внезапность, отсутствие похожего опыта, недостаток контроля и информации, трудности моральных выборов при спасении собственной жизни и жизни других, утраты близких, тревога за пропавших без вести. Большое значение могут также иметь стыд за свое поведение во время стресса, поражающий масштаб разрушений, ухудшение жизненной ситуации, необходимость приспособиться к новой среде обитания.

ПТСР возникает, в частности, у родственников суицидентов и врачей, которые их лечили.

Выделено пять типов факторов, определяющих реакцию врача на самоубийство больного.

1. Особенности взаимоотношений: характеризуются зависимостью, нарциссизмом или амбивалентностью.
2. Обстоятельства времени: если врач пережил ряд суицидов пациентов в течение короткого промежутка времени.
3. Особенности значимых жизненных обстоятельств: если врач в прошлом испытал осложненное горе, депрессию или в детстве столкнулся с потерей родителей.
4. Особенности личности: настоятельное стремление во что бы то ни стало быть сильным и контролировать происходящее, а также трудности осознания собственных чувств.
5. Средовые обстоятельства: отсутствие возможности обсудить случившееся с другими.

Психотерапия. Учитываются психодинамические механизмы, лежащие в основе происхождения ПТСР. Тревога блокирует бессознательные конфликты Суперэго, воссоздает тревожное состояние и пытается преодолеть его. Защитные механизмы: регрессия, подавление, отрицание, девальвация.

В посттравматической терапии используется 4-шаговый подход.

1. Нормализация реакции людей на катастрофу (людей информируют о симптоматике и течении стрессовых реакций, тем самым дается разрешение иметь «нормальные» для такой ситуации симптомы; это ослабляет тревогу и связанные с ней симптомы).
2. Поощрение выражения тревоги, гнева и других отрицательных эмоций (людям дают

выговориться, отреагировать и разделить переживания с товарищами по несчастью; в результате уменьшается аффективное напряжение, структурируются и лучше контролируются эмоции, активизируется целенаправленная деятельность).

3. Обучение навыкам самопомощи — в первую очередь умению справляться со стрессом.

4. Обеспечение помощи (людей направляют к другим специалистам для получения специальной и долговременной помощи).

А.Л. Пушкарев с соавт. (2000) выделяют в посттравматической психотерапии три этапа:

1) установление доверительного безопасного контакта, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу;

2) терапия, центрированная на психотравме, с исследованием травматического материала, работа с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;

3) стадия, помогающая человеку отделиться от травмы и воссоединиться с семьей, друзьями, обществом.

При работе с жертвами сексуального насилия Салли Брукер (см. Родина, 2001) выделяет следующие стадии исцеления.

1. Решение вылечиться — в этой стадии необходимо создать безопасное эмоциональное пространство, определить состояние психического и соматического здоровья пациента.

2. Стадия кризиса — оживляя пережитое, пациент переживает сильную боль и нуждается в максимальной поддержке. Полезно предупредить пациента: «Правда вас освободит, но сначала сделает совершенно несчастным». Следует выявить и проработать тему самоубийства.

3. Вспоминание — важно, чтобы клиент вспоминал столько, сколько может выдержать.

4. Вера — клиент нуждается в том, чтобы поверить себе и своим воспоминаниям.

5. Нарушение молчания — клиенту не хочется вновь переживать тяжелые чувства, он стыдится консультанта, боится испугать его. Можно ободрить его словами: «Чем больше вы рассказываете о пережитом, тем меньше негативной энергии остается, вам становится легче».

6. Снятие с себя вины за случившееся — человек может винить себя в том, что недостаточно активно защищался, или в том, что в момент насилия испытал приятные ощущения. Необходимо помочь клиенту снять с себя ответственность за случившееся.

7. Поддержка «внутреннего ребенка» — контакт с «раненым внутренним ребенком» устанавливается с помощью рисования, двигательных игр в группе и т. п.

8. Возвращение доверия к себе — определяются и восстанавливаются личностные границы клиента, которые были нарушены насилием; восстанавливается самооценка.

9. Оплакивание того, что было утрачено в момент насилия: детства, семьи (в случае инцеста), девственности, доверия к людям, чувства безопасности и т. д.

10. Гнев — в это время освобождается долго сдерживаемая злость.

11. Вскрытие и конфронтация — гнев направляется на насильника с помощью составления послания или разыгрывания психодрамы.

12. Прощение — имеется в виду прощение себя, а не насильника; смысл прощения — отпустить насильника от себя.

13. Разрешение и движение дальше — это момент, когда человек чувствует, что ему удалось включиться в жизнь.

Своевременная кризисная поддержка в остром периоде купирует симптоматику и предотвращает ее хронизацию. Сопутствующие фобические симптомы ликвидируют с помощью когнитивно-поведенческой терапии: применяется прогрессивная релаксация, градуированное погружение в стимульный материал, контроль иррациональных мыслей. В дальнейшем может потребоваться краткосрочная психодинамическая терапия, направленная на коррекцию личностных структур, ответственных за индивидуальную предрасположенность к ПТСР. По возможности следует избегать госпитализации во избежание развития рентных установок и психической инвалидизации. В организации поддерживающей психотерапии большую роль играет семья и ближайшее окружение пострадавшего.

Пример (Вартанян, 1996). 11-летняя Мари доставлена на консультацию матерью, которая рассказала, что год назад семья пережила землетрясение в Спитаке. Мать получила повреждение позвоночника, и дочь помогла ей выбраться из завала. Девочка во сне кричит и плачет, иногда ходит, и разбудить ее в это время не удастся. На приеме пациентка сидит с отсутствующим видом, выражение лица безучастное, взгляд тусклый, голос тихий, монотонный. Повторяет все сказанное матерью, как выученный урок. Подробности землетрясения и своего участия в спасении матери излагает формально,

очень по-деловому. Видит во сне, как за ней гонятся турки, чтобы убить или украсть. С наступлением темноты напряженно ожидает преследования турок. Подобное состояние у девочки уже было в 4 года после похорон дяди, во время которых мать на глазах у дочери упала в обморок. Тогда девочка по ночам вскакивала и кричала, мать брала ее к себе в постель; обращалась к знахарю, чтобы «вывести страх». В процессе психодинамической терапии Мари осознала свой страх смерти матери, пережитый в 2 года, когда девочка сидела на коленях у матери, а пьяный отец ударил жену ножом. Образ турка связан с исторической памятью о турецком геноциде.

СУИЦИДООПАСНЫЕ РЕАКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИИ

*Стоит ли жизнь того, чтобы жить?
Это вопрос для эмбриона, не для мужчины.
Сэмюэл Джонсон*

Суицидоопасные реакции дезадаптации связаны с воздействием объективно и субъективно значимых факторов среды, вызывающих фрустрацию жизненно важных потребностей и порождающих состояние психологического кризиса. Дезадаптация носит количественный характер и заключается в ограничении возможности личности справляться со своими социальными функциями, изменении поведения в микросоциальном окружении и негативно окрашенных психологических переживаниях. Характерны фиксация внимания на кризисной проблеме, связь состояния с изменением ситуации, сохранение работоспособности. Суицидальная опасность реакций определяется резкостью снижения конструктивного планирования будущего и проявляется в форме переживания безнадежности.

Исследованные нами пациенты Кризисного стационара с реакциями дезадаптации отличались высоким суицидальным риском: из 80 человек попытку самоубийства перед поступлением совершили 59 человек (74%). По категории личностного смысла покушения на самоубийство распределились следующим образом: по типу протеста — 27 (45%), призыва — 11 (19%), избегания — 11 (19%), отказа — 10 (17%). Из способов самоубийства преобладало самоотравление — у 44 человек (74%), особенно среди женщин — у 26 из 32 пациенток этой группы (82%). Лишь 2 человека совершали попытку самоубийства ранее (более одного года до поступления), что свидетельствует об отсутствии хронического суицидального риска у пациентов с реакциями дезадаптации. Утрата или угроза утраты жизненно важной ценности возникала, как правило, неожиданно для пациента. Актуальной сферой конфликта чаще всего выступала семейная сфера — в 35 случаях (44%), реже — интимно-личная сфера, игравшая ведущую роль у 25 пациентов (31%). В остальных 20 случаях (25%) наблюдалась комбинация сфер конфликта, а также дезадаптация в учебно-профессиональной, административно-правовой и коммунально-бытовой сфере. Продолжительность актуальности суицидальных тенденций достигала двух месяцев.

Подобные реакции давали практически здоровые люди, которые обладали более широким диапазоном реагирования по сравнению с патологическими типами личности. Акцентуация характера была выявлена у 47% пациентов данной группы, однако корреляции между типом акцентуации и формой реакции установить не удалось, отмечалось лишь заострение характерологических особенностей пациентов в процессе развития у них психологического кризиса.

Для формирования того или иного варианта суицидоопасной реакции большее значение имел не склад характера, а такие факторы, как степень выносливости к фрустрации вообще; место, занимаемое фрустрированной потребностью в системе ценностей; состояние энергетических ресурсов индивида; особенности межличностных отношений со значимыми другими лицами из ближайшего окружения. В соответствии с преобладанием аффективного, когнитивного или поведенческого компонента кризисного состояния различаются три суицидоопасные реакции дезадаптации: реакция оппозиции, пессимистическая реакция и реакция демобилизации.

Реакция оппозиции возникает в качестве протеста против действий значимых других лиц и характеризуется выраженной экстрапунитивной (карательной — англ.) позицией личности, высокой степенью агрессивности, резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Ауто-агрессивные тенденции возникают на высоте аффекта обиды, гнева, как правило, вслед за гетероагрессивными высказываниями, вплоть до гомицидных (лат. homo человек, caedere убивать). Преморбидно высокое самоуважение пациентов снижается под влиянием суицидогенной установки типа: «унижение хуже смерти». Актуальную для них кризисную ситуацию они воспринимают генерализованно, заявляя, что не хотят жить в мире, где царит несправедливость. В то же время реализация гомицидных тенденций является для этих пациентов невозможной из-за свойственного им высокого уровня социализации.

Из 40 пациентов с реакцией оппозиции по поводу суицидной попытки наблюдались 32 человека

(80%). Пресуицидальный период в подавляющем большинстве случаев — у 24 пациентов (75%) был кратковременным — менее одной недели. Наиболее частыми мотивами суицидального поведения были протест и отказ, в качестве способа самоубийства чаще всего избиралось самоотравление. В 26 случаях (83%) наблюдались аналитический и манипулятивный постсуицидальный период, что было связано с сохранением актуальности конфликтов. Общая продолжительность суицидоопасной реакции (от момента воздействия психотравмы до исчезновения суицидальных тенденций) была сравнительной недолгой и в среднем составляла три недели.

Пессимистическая реакция развивается в ситуации необратимой утраты значимого лица или других доминирующих ценностей. Ее отличительными признаками являются негативная оценка настоящего, будущего и собственных возможностей; исчезновение смысла жизни. Выражены соответствующие изменения мироощущения, мировосприятия, суждений и оценок, видоизменения системы ценностей, которые приводят к формированию негативных концепций ситуации, оценивающейся как реально или потенциально неблагоприятная. Подобное восприятие вызывает стойкое снижение уровня оптимизма и препятствует продуктивному планированию деятельности в будущем. Вторично снижается самооценка, нарастает ощущение недостаточности собственных возможностей.

Пациенты отличаются склонностью к самоанализу, пессимистическим выводам при интерпретации различных жизненных событий. Указанные особенности приводят к преобладанию когнитивного компонента в развитии пессимистической реакции. Упомянутый компонент включает негативно окрашенные представления о собственной ненужности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, пессимистический вывод о невозможности разрешить кризис из-за отсутствия времени и возможностей. Подобные представления не вытекают из болезненно измененного настроения, а наоборот, предшествуют ему и целиком обуславливаются особенностями когнитивной сферы, тенденцией к формированию неадаптивных установок. Указанные установки тесно связаны с представлениями о большей, чем собственная жизнь, значимости семейно-личных, социально-престижных и прочих ценностей.

В данной подгруппе из 25 человек суицидальные попытки наблюдались перед поступлением у 17 человек (68%); пресуицидальный период был сравнительно длительным, в среднем три недели. По категориям личностного смысла пациенты распределялись следующим образом: призыв — у 9 человек, у остальных 8 человек — избегание и отказ. Наиболее частым способом самоубийства было самоотравление, причем большими дозами лекарственных препаратов. После суицидальной попытки у наблюдавшихся пациентов длительно, в среднем три недели сохранялся высокий суицидальный риск, что было связано с особенностями их когнитивной сферы. У 10 человек наблюдался аналитический тип постсуицида, у остальных семи — суицидально-фиксированный и критический.

Реакция демобилизации отличается наиболее резкими по сравнению с вышеописанными суицидоопасными реакциями изменениями в коммуникативной и мотивационно-волевой сфере. Наблюдается отказ от привычных контактов или их значительное ограничение, что вызывает устойчивые переживания одиночества, беспомощности, безнадежности. Характерен также частичный отказ от деятельности, причем ее продуктивность падает и не удовлетворяет самого пациента, усугубляя душевный дискомфорт, переживания отверженности и изоляции.

Данная реакция возникает обычно у лиц молодого возраста, отличающихся психической незрелостью, низкой сопротивляемостью к фрустрации, тенденцией к «уходу» или «избеганию» в сложных жизненных обстоятельствах. У пациентов сравнительно легко возникает чувство краха, «жизненного провала», сопровождающееся снижением побуждений и волевых усилий, направленных на ликвидацию конфликта. Из-за отсутствия активного стремления к достижению цели любые попытки изменить жизненную ситуацию кончаются неудачей, что приводит к сужению представлений о надежных средствах разрешения психологического кризиса и дальнейшему его углублению.

Из 15 пациентов этой подгруппы суицидные попытки совершили перед поступлением 10 человек (67%). Пресуицидальный период был кратковременным и в большинстве случаев не превышал двух недель; вся реакция в среднем длилась 4 недели. Основными мотивами суицидального акта были избегание и отказ. Способы самоубийства избирались сравнительно тяжелые: большие дозы сильнодействующих веществ, самопорезы, самоповешение, комбинированные способы. В большинстве случаев наблюдался аналитический и суицидально-фиксированный тип постсуицида, что было связано с отсутствием у пациентов способов преодоления своей несостоятельности в ведущей для них жизненной сфере.

Клиническая иллюстрация

Б-вич Т.В., 21 г., находилась в кризисном стационаре 40 дней.

Анамнез. Психопатологическая наследственность не выявлена. Родилась вне брака, до 11 лет жила у бабуки, которая воспитывала внучку в духе повышенной моральной ответственности, привлекала к уходу за многочисленными кошками, жившими в ее доме. Когда девочке было три года, ее мать вышла замуж за пожилого ученого. Бабука не позволяла внучке встречаться с отчимом, несмотря на глубокую привязанность, возникшую между ними, вплоть до стремления девочки подражать отчиму в мелочах, — как, впрочем, и бабуке, к которой она была привязана еще больше. Учебу начала вовремя, училась с интересом, легко. Любила подвижные игры с мальчиками, мечтала стать учительницей младших классов. В 11 лет мать взяла дочь к себе, но она продолжала свободное от учебы время проводить у бабуки и в компании своих бывших приятелей.

С 13 лет начала писать стихи, рисовать, ее поддерживал в этих занятиях отчим. В 15 лет попала под влияние группы девиантных подростков, рано начала половую жизнь, запустила учебу, дралась с матерью. Окончила школу с результатом ниже своих возможностей. С помощью отчима устроилась работать секретарем в художественное училище, занималась с учителем рисования с целью поступить в училище.

В 18 лет тяжело пережила смерть любимой бабушки, долго не могла поверить, что ее больше нет в живых. Подолгу плакала, не смогла сдать экзамены в училище, отнеслась к неудаче довольно равнодушно. В это время у отчима в результате обострения сосудистого заболевания резко ухудшилось психическое состояние, мать была вынуждена посвятить себя уходу за ним; упрекала дочь в том, что она в свое время заставила отчима много волноваться. Девушка остро переживала чувство вины, ненужности. С благодарностью приняла предложение малознакомого молодого человека выйти за него замуж. Уехала с мужем в Среднюю Азию, однако быстро поняла, что не любит его, отказывала мужу в близости и через несколько месяцев вернулась к родителям в Москву.

Безуспешно пыталась найти работу, конфликтовала с матерью, обвинявшей ее в безделье, находилась в подавленном состоянии, которое усугубилось после самоубийства приятеля. Была под сильным впечатлением от его добровольного ухода из жизни, думала о бренности существования. После беседы с участковым милиционером по поводу ее «тунеядства» пыталась вскрыть по примеру приятеля вены. Была спасена случайно вошедшими в квартиру друзьями.

После суицидальной попытки испытывала чувство вины перед матерью; их взаимоотношения улучшились. С помощью матери устроилась работать воспитательницей в психоневрологический интернат в группу олигофренов. Заботилась об отчине, переживала, что его оставили друзья. Помогала знакомому юноше готовиться к поступлению в художественное училище, полюбила его. Оформила развод с мужем, собиралась вступить в брак с любимым. В это время у нее на работе возник конфликт с санитарками из-за их нечуткого отношения к ее воспитанникам. Обращалась в администрацию за поддержкой, но не получила ее. Во время очередного конфликта, когда санитарка заявила, что «ее дебилов надо топить с рождения», набросилась на пожилую женщину с нецензурной бранью, била ее ногами. Затем испытала жгучее чувство стыда, «была готова сквозь землю провалиться», убежала домой. Долго рыдала, всю ночь писала дневник. Утром мать, войдя в ее комнату, обнаружила на столе стихи:

Мне быть счастливой не дано. Явилась я незваной гостьей На этот пир, где не вином Наполнены бокалы — злостью. Не предлагайте пригубить Испепеляющего зелья. Уж лучше мне гонимой быть Среди всеобщего веселья.

Нескладную судьбу свою Я не виню — к чему брюзжанье? Я у порога постою, Махну рукою на прощанье И улыбнусь. А вы в ответ Пошлете обвинений стаю. За мой уход прощенья нет. Я непущенной исчезаю...

После консультации психиатра была госпитализирована в Кризисный стационар.

Соматоневрологический статус. Линейный рубец на коже левого запястья. В остальном без особенностей.

Психический статус. Легко доступна контакту, раскрывается охотно. Высказывает обиду в адрес сотрудников, обвиняет их в несправедливом отношении к себе, нечуткости, профессиональной непригодности. Упрекает себя в жестокости, так как не смогла справиться с порывом гнева, охватившим ее во время ссоры с санитаркой. Считает себя эгоисткой — по крайней мере, потому, что занимает койку в стационаре, где находятся «люди с гораздо более серьезными жизненными ситуациями». Испытывает чувство вины перед своими воспитанниками, которых «бросила, предала», а также перед матерью, которую заставила волноваться. Критикует себя за то, что часто «делает из ничего муху, из мухи слона, и открывает промысел слоновой кости». Ощущает себя никчемной, беспомощной, особенно здесь, в стационаре: «Когда я вижу слезы и не умею сделать так, чтобы они высохли, мне становится очень стыдно».

Критична к суицидальной попытке, совершенной ранее, объясняет ее впечатлением, которое произвело на нее самоубийство приятеля, а также страхом и гневом, который испытала в то время,

когда участковый милиционер угрожал выселить ее из Москвы за тунеядство. Признает наличие суицидальных мыслей перед поступлением, не уверена, что справилась бы с ними самостоятельно. Антисуицидальные факторы: забота о своих воспитанниках, нежелание причинять боль матери, привязанность к жениху, надежда на неиспользованные жизненные возможности.

Психологическое обследование. Интеллект выше среднего уровня. Операции мышления не нарушены, но проявления интеллектуальной сферы испытывают тормозное воздействие со стороны эмоциональной. Мышление образное, несамостоятельное, инфантильное; эстетический критерий заслоняет логический; пациентка склонна к фантазиям, снижена реалистическая ориентировка. Суждения незрелые, категоричные, выражена тенденция к правдоискательству. Модус принятия решений затруднен, пациентка склонна к постоянным сомнениям, не уверена в своих силах, что иногда полностью тормозит проявления активности.

Ведущее место в личности занимает эмоциональная сфера. Пациентка отличается высокой эмоциональной лабильностью, эмоции достаточно разнообразны, но проявляется значительная склонность к переживанию отрицательных эмоций: страха, отчаяния, вины. Склонна к обвинениям и самообвинениям. Сильно переживает собственную несостоятельность в профессиональной сфере, однако не делает серьезных попыток к изменению ситуации, уходит в фантазии (стихи, рисунки).

Коммуникативные установки незрелые. Пациентка занимает страдательную, пассивную позицию, проявляет склонность к самопожертвованию и передает ведущую роль партнерам по контакту, проявляя склонность к принятию помощи извне.

Система ценностей носит двойственный характер. Реально действующими являются мотивы достижения семейного, интимного благополучия, однако для пациентки более значимыми являются социальные ценности — достижение высокого социального статуса, успех в творческой деятельности и связанные с ним свойства личности: уверенность в себе, способность к достижению поставленной цели. Самооценка пациентки низкая. Уровень оптимизма снижен.

Социальные установки противоречивы, в раннем детстве усвоены установки прошлого века, в дальнейшем находилась под влиянием компании девиантных подростков, что усугубило неуспешность социализации. Пациентка представляет себе принципы социализации, но не владеет конкретными способами их применения. Наблюдается оппозиционная установка по отношению к лицам, олицетворяющим власть, а также лицам, от которых она зависит: мать, сотрудники. Реализация указанной установки, однако, тормозится имеющейся нормативностью. В конфликте легко возникает чувство вины; в результате гетероагрессивные тенденции трансформируются в аутоагрессивные. В силу неразрешенности конфликтной ситуации в доминирующей жизненной сфере — социально-престижной — суицидальный риск весьма высок.

Лечение; феназепам 0,5 мг утром и днем, 1 мг вечером; индивидуальная, семейная и групповая психотерапия.

На первом этапе терапии было достигнуто раскрытие и отреагирование пациенткой суицидоопасных переживаний. С целью мобилизации личностной защиты и, в частности, повышения самооценки, были актуализированы ее прошлые достижения, а также потенциальные резервы личности. Той же цели служили поддержка пациентки ее матерью и женихом, осуществлявшиеся в процессе семейной терапии. В ходе последней были подкреплены такие антисуицидальные факторы, как привязанность к жениху и матери.

В первые же дни после поступления пациентка была включена в кризисную группу, где принимала активное участие в проблемных дискуссиях, в ходе которых были достигнуты разделение ее суицидоопасных переживаний, коррекция их масштаба. На последующих групповых занятиях проявилась склонность пациентки к поддержке лиц, с которыми она идентифицировалась, также занимающих позицию жертвы. Участие пациентки в судьбе других членов группы дало возможность подкрепить ее альтруистические тенденции, играющие роль важного антисуицидального фактора: вернуться к работе, чтобы и дальше защищать своих воспитанников. После купирования суицидального риска пациента привлекалась к участию в ролевых играх, способствующих выявлению у нее неадаптивных установок в коммуникативной сфере. Была начата их коррекция, выработка мотивации к проведению амбулаторной групповой терапии.

В процессе лечения снизилась актуальность служебного конфликта, на первое место выступило недовольство своими достижениями в жизни. Решила готовиться к поступлению в пединститут. Улучшились взаимоотношения с матерью; собирается поддерживать отношения с участниками стационарной кризисной группы, посещать амбулаторную терапевтическую группу.

Катамнез: 4 года. После выписки из стационара в течение трех месяцев посещала групповые занятия в КСПП (кабинете социально-психологической помощи). Вышла замуж, учится на втором курсе дефектологического отделения пединститута, находится в академическом отпуске по уходу за годовалым ребенком. Полгода назад пережила смерть отчима, много плакала, плохо спала, в течение

двух недель принимала феназепам на ночь. Собирается полностью доверить матери уход за ребенком, возобновить учебу и совмещать ее с прежней работой. Отмечает, что после пребывания в Кризисном стационаре и курса амбулаторной групповой терапии стала более самостоятельной и терпимой к окружающим, меньше зависит от их отношения к ней. Актуализации суицидальных тенденций за время катмнеза не выявлено.

Анализ наблюдения. Решающую роль в формировании личности пациентки сыграли условия воспитания: отвержение в раннем детстве единственным родителем — матерью, приучение бабкой к повышенной моральной ответственности, гиперпротекция отчима, влияние группы девиантных подростков в пубертате. Указанные воздействия на личность обусловили ее сенситивную акцентуацию, проявляющуюся в обостренной реакции на отношение к себе и объектам идентификации. Пациентка отличается повышенной привязчивостью, склонностью занимать крайние позиции в общении: или беспомощно принимать опеку, или полностью брать на себя ответственность за своих подопечных.

Первый суицидальный эпизод возник на фоне цепи психотравм, в ряду которых выделяется смерть любимой бабушки и самоубийство приятеля; непосредственным поводом для суицидальной попытки явился конфликт с представителем власти, выявивший оппозиционную настроенность пациентки. Весьма характерно для нее в подобной ситуации смешанное переживание страха и агрессии, которая из-за выраженной нормативности трансформируется в аутоагрессию.

Личностный смысл суицида определяется как избегание и протест. Постсуицид следует квалифицировать как аналитический (с ограниченной мотивацией лучше контролировать поведение). Сохраняющаяся после него суицидальная готовность в последующем сыграла роль кризисной predisпозиции, вызывающим событием послужил служебный конфликт. Пресуицид, послуживший основанием для госпитализации, развился остро, личностный смысл данной реакции — протест и самонаказание.

В связи с фокусированием психологических расстройств в эмоциональной сфере акцент в терапии на первом этапе был сделан на кризисной поддержке. Она проводилась в индивидуальной, семейной и групповой формах. После ликвидации суицидального риска на втором этапе с целью профилактики рецидивов суицидального поведения было осуществлено кризисное вмешательство, вскрыты неадаптивные установки пациентки в коммуникативной сфере. На заключительном этапе терапии была выработана мотивация к коррекции неадаптивных коммуникативных навыков, начат тренинг конструктивных способов разрешения межличностных конфликтов.

В результате проведенной стационарной кризисной терапии укрепились нарушенные эмоциональные связи пациентки с окружающими, снизилась актуальность производственного конфликта, была начата работа по тренингу навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок в коммуникативной сфере, которая затем успешно продолжалась в амбулаторной терапевтической группе. Как показало катмнестическое исследование, в дальнейшем наблюдалось повышение уровня социально-психологической адаптации пациентки; она стала менее зависимой и ранимой, заняла активную, оптимистическую жизненную позицию, имеет реальную перспективу для реализации своего личностного потенциала.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ СУИЦИДООПАСНЫЕ РЕАКЦИИ

Эгоизм — симптом недостатка любви к себе. Кто себя не любит, вечно тревожится за себя.
Эрих Фромм

Ряд зарубежных исследователей отмечает рост числа суицидных попыток, в том числе завершенных, у больных невротами, в частности, истерическими. Как показывают наши наблюдения, содержание суицидоопасных переживаний у больных невротами характеризуется сравнительно малой связью с психотравмирующей ситуацией. Преобладает фиксация на своем состоянии, в котором на первый план выступают нерезко выраженные соматовегетативные расстройства. Остальные клинические проявления мало оформлены и нестабильны. Суицидальный риск невысок и, как правило, ограничивается суицидальными мыслями на высоте переживаний. У суицидентов пресуицид длится примерно три недели; в то же время суицидальные тенденции сохраняются в постсуициде на протяжении 8-10 недель, постепенно трансформируясь в суицидофобическую и ипохондрическую симптоматику со склонностью к затяжному течению. В зависимости от ведущего клинического синдрома выделены четыре невротические суицидоопасные реакции: истерическая, фобическая, ипохондрическая и астеническая.

Истерическая невротическая суицидоопасная реакция наблюдается у больных, которым свойственна повышенная самовнушаемость, превышение требований к окружающим над

требованиями к себе, чрезмерная потребность во внимании. Суицидальные тенденции эти больные выражают в подчеркнутой, демонстративной форме, пытаются возложить ответственность за свое суицидальное поведение на окружающих, легко вступают с ними в конфликт, используют тяжесть своего состояния как способ вызвать чувство вины у значимых других лиц и улучшить их отношение к себе; просят врача помочь им в этом. Острота суицидальных переживаний зависит от отношения окружающих; настроение быстро меняется, больные быстро переходят от смеха к бурным рыданиям. С одной стороны, они подчеркивают исключительность, непереносимость своих страданий, с другой — пассивно относятся к психотерапевтической работе, используют ее как повод привлечь внимание врача.

Фобическая невротическая суицидоопасная реакция наблюдается у больных, которые в преморбиде отличаются повышенной впечатлительностью, тревожностью; у них с детства отмечаются страхи: темноты, одиночества, покойников, смерти. Впоследствии к ним присоединяются клаустрофобия, страх езды в метро, сопровождающиеся вегетативными кризами в соответствующей ситуации. В то же время описанные расстройства развиваются эпизодически, на фоне астении или психотравмирующей ситуации, купируются, как правило, самостоятельно. В клинической картине во время стационарного лечения ведущее место занимают суицидальные и суицидофобические переживания, к ним на высоте эмоционального напряжения присоединяется страх сумасшествия. Суицидальный риск невысок за счет страха самоубийства и смерти, которые играют роль антисуицидального фактора. Эти больные часто обращаются к врачу с просьбой в очередной раз убедить их в том, что они достаточно хорошо способны контролировать свое поведение и умственную деятельность, однако успокаиваются ненадолго и на высоте тревоги у них вновь появляются как суицидальные, так и суицидофобические переживания.

Ипохондрическая невротическая суицидоопасная реакция, кроме суицидальных переживаний, проявляется в опасениях за свое здоровье, которые поддерживаются имеющейся соматогенной и астеновегетативной симптоматикой. Пациенты в преморбиде отличаются тревожной мнительностью, повышенной заботой о своем здоровье; во время стационарного лечения они проявляют повышенный интерес к данным планового соматического обследования, просят назначить им консультации различных специалистов, провести углубленное медицинское и психологическое обследование. С одной стороны, они фиксируют внимание врача на различных симптомах своего состояния, с другой стороны, крайне негативно соглашаются принимать медикаментозную терапию из страха перед возможными побочными действиями лекарств, опасаются привыкнуть к ним. Страх за свое здоровье и, в частности, опасения инвалидизации в случае неудачной суицидальной попытки играют роль антисуицидального фактора.

Астеническая невротическая суицидоопасная реакция возникает у кризисных пациентов на фоне повышенной психической истощаемости и снижения работоспособности. Больные в преморбиде отличаются невысоким энергетическим уровнем, они легко пасуют перед трудностями, впадают в уныние даже при незначительных неудачах, быстро переутомляются при перегрузках (в первую очередь — эмоциональных и интеллектуальных), стараются избегать сложных, ответственных и особенно конфликтных ситуаций. При волнении они теряют сон и аппетит, становятся раздражительными, несдержанными, плаксивыми, обидчивыми. Эпизодически у них возникают вегетативные нарушения с элементами ипохондрической фиксации. В стационаре больные малообщительны, много времени проводят в постели, жалуются на трудность сосредоточиться на какой-либо умственной работе, пессимистически оценивают свои возможности выхода из кризиса. В то же время они не ищут помощи, заявляют, что смирились со своей судьбой и просят лишь облегчить их страдания. Подобное безразличие к своему будущему и в том числе к исходу травмирующей ситуации снижает актуальность фрустрированной потребности и тем самым выступает в роли антисуицидального фактора.

Клиническая иллюстрация

Т-н Ю.П., 34 года, находился в Кризисном стационаре 40 дней.

Анамнез. Отец бил, избивал мать, которая развелась с ним, когда мальчику было 15 лет. Пациент боялся и ненавидел отца, после его ухода из семьи избегал общения с ним на протяжении 10 лет. Был очень привязан к матери, ревновал ее к младшему брату, которому она отдавала предпочтение. В раннем возрасте испытывал ночные страхи, при волнении заикался; не лечился. Характер сложился впечатлительный, самолюбивый и обидчивый. Всегда отличался неуверенностью, нерешительностью; в то же время был нетерпеливым, раздражительным, склонным к самовзвинчиванию. Обычно избегал конфликтов, молча сносил унижения, не мог за себя постоять в компании подростков.

Окончил 8 классов и музыкальную школу по классу баяна, электро-, механический техникум.

Служил в армии, после демобилизации поступил в Московский энергетический институт, после окончания которого работает старшим инженером в НИИ, неудовлетворен «бюрократическим» характером работы. Активно занимается общественной работой, а летом работает директором ведомственного детского лагеря, считает это время самым лучшим в году. Участвует в художественной самодеятельности: аккомпанирует на баяне, играет в любительских спектаклях. Рисует, пишет стихи; круглый год занимается рыбалкой.

В течение 12 лет состоит в браке. Имеет сына 10 лет, строг с ним, упрекает жену в том, что она излишне балует сына. Мать пациента с самого начала его брака конфликтует с невесткой, восстанавливает сына против нее. Пациент в этом конфликте находится на стороне матери, в то же время во всем уступает жене, которая является лидером в семье.

За два месяца до поступления в кризисное отделение узнал от жены о ее неверности. Тяжело перенес это известие, трое суток не мог говорить, затем развилось заикание, усиливающееся при волнении. Опасался, что из-за расстройства речи потеряет работоспособность, упрекал жену в эгоизме, аморальности, в то же время заявлял, что не сможет без нее жить. В течение последнего месяца жена пыталась оформить развод, но ее останавливали суицидальные угрозы мужа. Начал копить лекарственные препараты, чтобы привести свою угрозу в исполнение. По инициативе жены был госпитализирован.

Соматоневрологическое состояние — без явной патологии.

Психическое состояние. При поступлении напряжен, со слезами на глазах, с заиканием рассказывает о своей обиде на жену, к которой продолжает испытывать чувство привязанности. Хочет сохранить семью, но перестал доверять жене, ревнует ее, упрекает в эгоизме, предательстве, считает, что своим поведением она опозорила его. Отмечает, что его влечение к жене за последнюю неделю резко усилилось, мучительно переживает отказы жены в близости. Заявляет, что не представляет себе жизни без жены, в случае ее ухода собирается покончить с собой.

Жалуеться на чувство тоски, тревоги, особенно по вечерам, головную боль, бессонницу. На высоте переживаний появляется желание отравиться. Антисуицидальные факторы — привязанность к близким, нежелание причинять им боль, надежда на сохранение семьи. Фиксирует внимание врача на своем заикании, драматизирует отрицательную роль заикания в исполнении им своих служебных и общественных обязанностей. Опасается, что его речь не восстановится, возлагает ответственность за это на жену. Переживает из-за сложившейся неблагоприятной ситуации на работе, не видит для себя перспектив, сожалеет об избранной не по призванию специальности. Ищет помощи, подчеркивает свое доверие к врачу, претендует на особое внимание к себе.

В первые дни пребывания в отделении испытывал страх расставания с женой и сыном, жаловался на выраженную тревогу по вечерам, мешающую засыпанию. Однажды при засыпании ярко, как при открытых глазах, увидел со спины уходящую вдаль жену, ведущую за руку их сына; пытался окликнуть их, но не мог. Проснулся в холодном поту, с сильным сердцебиением, несколько минут не мог говорить, заикание после этого на несколько дней усилилось.

Психологическое обследование. В начале обследования испытуемый несколько напряжен, взволнован, заикается. Однако в процессе работы успокаивается, речь нормализуется, предложенные задания выполняет четко, заинтересован в процессе и результате работы, подчеркнуто доброжелателен, стремится произвести благоприятное впечатление, демонстрирует свои социальные нормы и деловые способности.

Ассоциативный процесс равномерен по темпу. Мышление образное, конформное. Выражен эстетический критерий, иногда подчиняющий себе логический. Мышление подвержено дезорганизации под воздействием эмоций. Эмоции сильные, плохо дифференцированные, недостаточно нюансированные, отличаются дихотомичностью. Этому способствуют присущие испытуемому механизмы драматизации переживаний, самовзвинчивания и демонстративности. Испытуемый склонен к импульсивным поступкам.

Испытуемый — личность симбиотическая, несамостоятельная, эгоцентричная. Он нуждается в теплых, доверительных отношениях, в эмоциональной поддержке другого человека, привязчив. Самооценка нестабильна, окончательно не сформирована, противоречива, зависит от успехов и неудач в различных сферах деятельности (профессиональной, семейной) или оценки собственных моральных качеств.

У испытуемого выражено стремление подчеркивать тяжесть своих симптомов, он ориентирован на поиск сочувствия со стороны окружающих. Отмечается сочетание черт истероидного и психастенического типа, обуславливающее легкость возникновения тревожных реакций и, в частности, страха расставания. Доминирующей в период обследования является потребность в сохранении престижа и самоуважения, носящая преувеличенный и компенсаторный характер.

Уровень притязаний испытуемого высок. Опасения в том, что его недоброжелательно оценят

окружающие, порождают внутреннюю тревогу за стойкость доверительных отношений с партнерами. Все это ведет к ограничению и избирательности контактов. Однако, замыкаясь, испытуемый чувствует себя одиноким, «брошенным». В этом состоянии он склонен к пассивному созерцанию или — на высоте переживаний — к гетеро- и аутоафессивным разрядам. В людях своего пола испытуемый ценит в основном деловые качества, относится к ним настороженно.

К лицам противоположного пола отношение напряженное, противоречивое, в значимых отношениях пассивен, ведом.

Суицидальные мысли у испытуемого возникают в состоянии «брошенности», «одиночества» по типу мести за то, что его отвергают. Суицидальные мысли могут реализоваться, скорее всего, импульсивно. Антисуицидальный фактор — привязанность к значимым другим лицам из ближайшего окружения.

Заключение: истеро-невротическая ситуационная суицидоопасная реакция, острый пресуицид.

Лечение. Феназепам 0,5 мг днем и 1 мг вечером, триптизол 10 мг вечером, сонапакс 10 мг вечером по просьбе; индивидуальная, семейная и групповая психотерапия.

В процессе индивидуальной терапии произошло самораскрытие и отреагирование суицидоопасных переживаний, была актуализирована в качестве антисуицидального фактора привязанность к сыну, подчеркнута возможность сохранения отношений с ним при любом исходе супружеского конфликта. Был заключен терапевтический договор с матерью пациента о ее невмешательстве в личную жизнь сына, осуществлено осознание ею роли конфликта с невесткой в развитии кризисной ситуации. Приглашенная на беседу жена пациента признала свое решение о разводе недостаточно продуманным, обещала на время стационарного лечения мужа прекратить встречи с любовником. В последующих совместных беседах с пациентом и его женой была достигнута обоюдная договоренность не прибегать к взаимным упрекам, избегать ссор, сосредоточить усилия на поиске взаимовыгодного решения конфликта. Постепенно супружеские взаимоотношения стали более эмпатичными, жена пациента приняла решение сохранить семью, расстаться с любовником. Мать пациента заняла нейтральную позицию в семейных отношениях, благодаря чему улучшились ее взаимоотношения с сыном и невесткой. Описанные результаты были закреплены на групповых занятиях. В процессе ролевых игр пациент осознал противоречивость своей позиции во взаимоотношениях с окружающими: тенденцию опекать и одновременно избегать ответственности. Была выработана мотивация к продолжению групповой психотерапии в амбулаторных условиях.

В процессе лечения выровнялось настроение пациента, снизилась актуальность психотравмирующих переживаний, он стал увереннее и общительнее, восстановилась речь, наладился сон. Пациент приступил к поиску более интересной для себя работы, возобновил свои занятия рисованием, начал выжигать по дереву. Однако в поведении сохранились черты демонстративное™, стремление вызывать сочувствие, потребность в опеке, фиксация на своем состоянии. Отмечались недостаточная готовность самостоятельно принимать ответственные решения, проявлять гибкость и терпение, склонность обвинять других.

Катамнез: 5 лет. После выписки в течение двух месяцев посещал Клуб бывших пациентов, затем на протяжении двух лет еще дважды занимался в терапевтических группах. В течение первого года наблюдения перешел на работу заместителя директора ПТУ, с увлечением работает с подростками, летом организует походы, экскурсии. Увлечен вместе с сыном выжиганием по дереву, берет его с собой на рыбалку. Доволен своими взаимоотношениями с женой, чаще принимает на себя ответственность в сложных семейных обстоятельствах. Много времени уделяет уходу за матерью, которая стала часто болеть, их роли во взаимоотношениях полярно изменились. Улучшились отношения с младшим братом.

Анализ наблюдения. На формирование личности повлияли неблагоприятные условия воспитания (пьяные дебоши отца, отвержение матерью). В детстве наблюдались такие невротические проявления, как ночные страхи и заикание. Указанные проявления актуализировались в кризисной ситуации. Пациент отличается повышенной привязчивостью в сочетании с нестабильной самооценкой, недоверием к партнеру, что приводит к занятию им зависимой позиции в отношениях и в то же время создает отчуждение во взаимоотношениях. Возникающее чувство одиночества, отвержения пациент пытается компенсировать своими социально-престижными достижениями.

Последние годы находился в ситуации затяжного конфликта между женой и матерью, от которой сохранилась зависимость и которая настраивала его против жены. Суицидоопасные переживания возникли в связи с изменой жены и ее решением о разводе. Реакция пациента характеризовалась сочетанием страха расставания и потребности мести. Суицидальные высказывания в данном случае призваны были вызвать у жены чувство вины и тем самым изменить кризисную ситуацию в пользу пациента. В то же время недостаточное самопринятие и недостаточный аффективный самоконтроль на высоте переживания делают возможным суицид в форме импульсивной попытки самоубийства.

Расстройство речи обусловило акцент на первом этапе терапии на индивидуальной кризисной поддержке. Сложная семейная ситуация, в которой оказался пациент, потребовали проведения семейной терапии, в ходе которой удалось сохранить семью пациента и улучшить взаимоотношения между участниками конфликта. Благоприятное разрешение кризисной ситуации резко снизило аффективную напряженность пациента и тем самым — суицидальный риск, имевшийся у него при поступлении, что позволило перейти к осознанию им своих неадаптивных установок в коммуникативной сфере и выработке мотивации к их коррекции в амбулаторной терапевтической группе. Перестройка системы отношений, начатая в стационаре, оказалась конструктивной. Пациент стал менее зависимым, более активным, уверенным, реализовал свою потребность опекать — на работе и в семье.

ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ СУИЦИДООПАСНЫЕ РЕАКЦИИ

Человек, научившийся быть равнодушным к чужим страданиям, становится нечувствительным к своему собственному.
Маркиз де Сад

Эффективность коррекции агрессивных и аутоагрессивных тенденций во многом зависит от учета личностных факторов. Психологические исследования выявляют у суицидентов определенные особенности личности и, в частности, черты незрелости эмоциональной и когнитивной сферы. СВ. Зиновьев (2002) выделяет следующие особенности суицидентов: эмоциональную зависимость; шизоидность; застревание аффекта; эмоционально-вегетативную лабильность; импульсивную, недифференцированную агрессивность, провоцирующую большое количество конфликтных ситуаций; склонность к разрушению и саморазрушению; особое отношение к смерти.

Результаты экспериментально-психологических исследований показывают, что суициденты отличаются особенностями характера, отсутствующими у больных неврозами, что позволяет говорить о «суицидальном развитии», которое протекает на уровне акцентуации характера, не достигающем степени психопатии (Аркадьева, Конончук, 1976). А.Е. Личко (1999) указывает на корреляцию акцентуации характера с типом суицидоопасной реакции (ситуационная, демонстративная, аффективная).

По данным различных авторов, на долю психопатических личностей приходится от 20 до 40% суицидных попыток. А.Г. Амбрумова и В.А. Тихо-ненко (1980) отмечают высокий суицидальный риск у психопатических личностей (у 25% больных). Среди суицидентов преобладают истерические и возбудимые психопаты (соответственно 39% и 30%), далее следуют психопаты астенического круга и аффективные. Наибольшая вероятность повторных суицидных попыток — у возбудимых психопатов. Тип суицидального поведения не является жестко связанным с радикалом психопатии. Так, при истерической психопатии наблюдаются не только демонстративно-шантажные попытки, но и истинные (типа призыва, протеста, избегания); при возбудимой психопатии — не только суициды протеста, но и избегания, и призыва. Наиболее широкий спектр причин и особенностей суицидального поведения отмечается у астеников и психастеников. Суицидальный риск выше в следующих случаях:

- в случаях «краевых» и мозаичных форм психопатий, при которых не наблюдается жестких, клинически завершенных шаблонов патологического реагирования;
- на этапе формирования психопатической структуры;
- при длительной личностной переработке конфликтной ситуации без специфического для той или иной формы психопатии способа отреагирования, то есть при отставленном психопатическом реагировании.

И.С. Лазарашвили (1986) описывает следующие формы суицидоопасных реакций у психопатических личностей возбудимого круга.

Тоскливо-депрессивная реакция наблюдается в ситуациях утраты близких, разрыва высокозначимых отношений, краха профессионального престижа. Выраженный тоскливый аффект переживается как крайне тягостное физическое ощущение в области сердца, головы, сопровождается мыслями о незаслуженной обиде, несправедливости переносимых страданий, депрессивной переоценкой прошлого при наличии нерезко выраженной психомоторной заторможенности.

Тревожно-депрессивная реакция формируется в ситуации угрозы краха социального статуса, неизлечимого заболевания, судебной ответственности, утраты значимых лиц. Тревога преобладает над аффектом тоски, отмечается беспокойство, агитация, ощущение невыносимости ситуации. В основе состояния лежит стенический компонент, который прорывается в суицидальное поведение как взрыв протеста, призыв или избегание.

Дисфорическая реакция возникает при столкновении с препятствием возникшим перед их

узкаэгоистической целью, требованиями нормализовать свое поведение. Суицидной попытке предшествует обычно межличностный конфликт в профессиональной или лично-семейной сфере. Реакция характеризуется взрывами гнева, брани, угрозами на фоне злобного и мрачного настроения. Суицидная попытка совершается обычно при невозможности реализовать гетероагрессию, иногда агрессивное поведение предшествует аутоагрессии. Пресуицид всегда острый, попытки совершаются первым попавшимся под руку предметом, преобладают самопорезы и отравления средствами бытовой химии. Покушения на самоубийство хотя и сопровождаются представлениями о смерти, носят скорее характер разрядки аффекта, а по своему личностному смыслу являются реакциями протеста, мести.

Псевдораптоидная реакция наблюдается в условиях длительной переработки психотравмирующих переживаний, связанных с нарушением личных и социальных отношений. На фоне психического напряжения появляются представления о будущем угрожающего характера, тревога, беспокойство, нарушение сна, выраженная астения. В пресуициде имеет место борьба мотивов с последующим внезапным совершением суицида по типу «суицидального раптуса». Суицидальное решение принимается при возникновении дополнительных психотравмирующих воздействий, часто внешне незначительных. Суицид при этом носит, как правило, тяжелый, опасный для жизни характер. Постсуицид чаще суицидально-фиксированного типа, с выраженной астенией.

Динамика постсуицида у возбудимых личностей носит суицидально-фиксированный или манипулятивный характер. В первом случае при неразрешенной конфликтной ситуации все больше углубляется декомпенсация и наступает хроническая дезадаптация. Повторные суицидные попытки возникают в условиях незначительной травматизации, носят истинный характер и имеют весьма тяжелые медицинские последствия. При манипулятивном типе пост-суицида и изменениях психотравмирующей ситуации в благоприятную для пациента сторону отмечается неполноценная адаптация с псевдокомпенсаторными образованиями и периодическими кризами.

Суицидные попытки у возбудимых личностей обеспечивают разрядку аффективного напряжения с одновременным сужением поля сознания и являются по своему механизму импульсивными, создавая впечатление неадекватности ситуации. Каждое следующее повторение аутоагрессивного акта, сенсibiliзируя личность, создает готовность к повторению суицидных попыток, позволяя ей при этом предпринимать все более рискованные действия, часто с большой вероятностью смертельного исхода. Независимо от типа ближайшего постсуицида, у личности постепенно усиливаются эгоцентрические установки и истерические формы реагирования.

Истероидные личности демонстрируют самый широкий диапазон различных расстройств. Характерно многочасовое драматическое изложение необычной картины болезни, перемежающееся рассказами о встречах со знаменитыми людьми и другими фантазиями, что затрудняет постановку диагноза. В отделении больные становятся «самыми тяжелыми, самыми трудными или самыми терпеливыми», стремятся быть в центре внимания, интригуют, конфликтуют, настаивают на назначении модных лекарств, угрожают персоналу жалобами и суицидом. Переполюсь злостью и вызывая у окружающих враждебные чувства к себе, больные невольно усугубляют тяжесть своего соматического состояния.

Выделяют базированный (дефензивный, сенситивный) тип истероидных личностей, которые отличаются психофизическим инфантилизмом, молоджавостью и хрупкостью, сочетающимися с наигранной наивностью и откровенностью. За их показной непрактичностью прячется житейская хватка и изворотливость. Демонстрируя свою слабость, эти люди ставят окружающих в зависимость от своих желаний и капризов. В ситуациях длительного психического напряжения у них развиваются конверсионные, соматизированные и астеноипохондрические реакции, нарушения пищевого поведения.

И.С. Лазарашвили (1986) описывает различные формы суицидоопасных реакций у больных истерической психопатией. Истеро-ипохондрическая реакция обычно развивается на фоне лично-семейного конфликта. Наблюдается вегетативные расстройства, сенестопатии, плаксивость и тревожные [опасения за свое здоровье. В содержании переживаний отражается психотравмирующая ситуация, внешние проявления отличаются яркостью, демонстративностью. Высказываются мысли о нежелании жить, невозможности (далее терпеть страдания. Недостаточно чуткое отношение окружающих и упреки в преувеличении предъявляемых жалоб или притворстве вызывают [формирование острых суицидальных тенденций и покушений на самоубийство, носящих либо демонстративно-шантажный характер, либо характер протеста, мести. Постсуицид, как правило, манипулятивный, реже — критический.

Аффективная злобно-оппозиционная реакция также чаще вызывается семейно-личными конфликтами. Реакция личности отличается склонностью к обвинениям окружающих в собственных неприятностях, высокой агрессивностью, демонстративностью поведения. Суицидные попытки носят демонстративно-шантажный характер или мотивированы протестом и мектью; им часто предшествуют

акты агрессии. Постсуицид, как правило, манипулятивный.

Реакция дезорганизации поведения развивается в ответ на острые психо-травмирующие воздействия. Основой реакции является выраженный страх, дезорганизующий мышление и поведение с острым возникновением суицидальных тенденций и немедленной их реализацией. Суицидные попытки являются истинными, носят характер призыва или избегания. Постсуицид критический или манипулятивный.

Реакция аффективно суженного сознания является наиболее суицидоопасной из ситуационных реакций истерических личностей. Она возникает в ответ на объективно и субъективно значимые тяжелые психотравмы: внезапную смерть любимого человека, внезапный непредсказуемый разрыв высокозначимых отношений и т. п. Выражен депрессивный аффект с двигательным беспокойством, ажитацией на фоне аффективно суженного сознания. В отличие от истерического помрачения сознания и острых аффективно-шоковых реакций доминирует комплекс психотравмирующих переживаний при сохранности ориентировки. Отсутствует также психотическая симптоматика и последующая амнезия этого периода. Постсуицид суицидально фиксированный или манипулятивный.

Последующая динамика постсуицида у истерических психопатических личностей характеризуется неполноценной адаптацией с псевдокомпенсацией. При возобновлении старой или появлении новой психотравмирующей ситуации наблюдаются повторные демонстративно-шантажные попытки, появляются эксплозивные и brutальные формы поведения, часто подавляющие истерические. При этом высота аффективного напряжения, а также снижение степени контроля за своим поведением повышают риск «переигранных демонстраций». Медицинские последствия таких попыток нередко оказываются тяжелыми.

Лечение включает применение седуксена, элениума во время аффективных реакций, индивидуальную терапию, ориентированную на формирование адекватной самооценки, или поддерживающую терапию. Первым шагом в психотерапии является эмоциональная поддержка пациента. В работе не стоит сдерживать проявлений симпатии. Следует договориться о выделении определенной части сессии для рассказа о волнующих событиях, говорить об эмоционально значимых проблемах в контексте менее актуальных обстоятельств (знакомые, литература), подчеркивать сам отрицаемый аффект, но без конфронтации вымышленного содержания с реальностью. Необходимо ожидать, когда пациент сам расскажет правду, или накопить достаточно неопровержимых фактов для признания им истины. Важно добиться осознания пациентом, что он может получить поддержку и внимание не только истерикой, но и другими способами. После этого можно перейти к экспериментам, направленным на выработку новых форм поведения. Пациентов, которые понимают аффективный контроль как утрату эмоциональности, следует нацелить на более адаптивное использование эмоций и поощрять их способность к драматизации и яркое воображение в ходе терапии, когда они используются конструктивно.

При проведении когнитивной терапии фокусируются на следующих установках:

- 1) я обаятельная, впечатляющая;
- 2) они чувствительные, восхищающиеся;
- 3) я могу руководствоваться своими чувствами;
- 4) основная стратегия поведения: использование истерик, обаяния; вспышки раздражения, плач; суицидные попытки. Иногда эффективен психоанализ, особенно групповой, однако включение в группу одновременно двух пациенток может вызвать у них борьбу за звание «Мисс Группа» и блокирование группового процесса.

©Величайшее чудо любви в том, что она излечивает от кокетства.

Франсуа Ларошфуко

Тенденция к саморазрушению чаще наблюдается в рамках следующих расстройств личности.

Пограничное расстройство личности — пациенты отличаются нестабильностью аффекта, отношений и самооценки. Их настроение не зависит от внешних событий, они либо подавлены, либо возбуждены, испытывают то тревогу, то эйфорию. Характерно одновременное переживание конфликтующих эмоций в отношении себя и других, особенно это касается любви, гнева и вины. Этому способствует тенденция разделять людей на тех, кому пациент нравится, и тех, кто его ненавидит. Наблюдается частая вспыльчивость, драчливость, неоправданный риск в трате денег. У них нарушена регуляция уровня активности: неожиданно возникает прилив энергии или нарушается режим сна-бодрствования. Они переедают, употребляют наркотики, нарушают правила дорожного

движения, угрюмо всем перечат. Характерны отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества, неустойчивые и бурные межличностные отношения с поочередными колебаниями между крайней идеализацией и крайне негативной оценкой. Их сексуальное поведение хаотическое, сексуальная ориентация неопределенная. Выражена нестабильность в отношении самооценки и профессиональных намерений. Им недостает благоразумия и умения предвидеть результаты своего поведения, они не могут удержаться в рамках первоначальных замыслов. Большинство из них не в состоянии извлекать уроки из прошлого неудачного опыта и продолжает совершать прежние ошибки. У многих из них могут быть преходящие, связанные со стрессом паранойяльные или диссоциативные симптомы.

Больные часто описывают хроническую скуку и чувство опустошенности. На этом фоне возникают эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или тревоги, которые могут длиться от нескольких часов до нескольких дней и сопровождаются суицидальным поведением. У пограничной личности берет верх то жажда власти, то влечение к смерти, и нередко такой человек рискует жизнью, пытаясь с помощью суицидального шантажа предотвратить уход любимого.

Больные с пограничным расстройством личности злоупотребляют психоактивными веществами, совершают правонарушения, занимаются рискованным сексом, лихой ездой на автомобиле. Они неоднократно наносят себе раны, ожоги и другие повреждения, чтобы избавиться от непрерывной опустошенности, скуки и невозможности ощутить себя. Сами больные объясняют свои саморазрушительные действия следующими потребностями: убедиться, что они еще живы или реально существуют; уменьшить негативные чувства, такие, как гнев, страх или чувство вины; подавить мучительные воспоминания; получить повод позвать окружающих на помощь. С возрастом состояние пациентов может ухудшиться. Возможны психосоматические расстройства, химическая зависимость, психоз, депрессия, членовредительство, суицид.

Отто Кернберг (2000) отмечает у пограничных личностей избыточную агрессивность и низкую выносливость тревоги сепарации. В качестве защиты от конфликта между этими качествами используется расщепление (сплит-тинг), следствием которого является слабость «Я» и низкий импульсивный контроль. Непредсказуемость вспышек гнева связана с чрезвычайно быстрым переходом от примитивной идеализации к девальвации («от любви до ненависти — один шаг»). Примитивная идеализация позволяет не опасаться разрушить внешний объект. Объекты, воспринимаемые как идеальные, также используются пациентом для подкрепления чувства своей грандиозности, он пытается манипулировать ими для удовлетворения и защиты, а когда разочаровывается в объекте, обесценивает его и отвергает, пока тот не успел превратиться в опасного преследователя. Разочарование в партнере можно объяснить с учетом проективной идентификации: бессознательным желанием вызвать у партнера те же чувства, которые пациент испытывает сам. Если партнер не отвечает взаимностью в ответ на ожидание, что он любит меня как себя самого, он — предатель, враг. Благодаря проективной идеализации пациент проецирует свою агрессию на значимый объект и идентифицируется с ним, обретая всемогущество, при этом он опасается его нападения и нападает первым. Потребность реализовать агрессивные импульсы и жажда общения часто сменяют друг друга, в результате слабо выражена тенденция к постоянству. Все эти дихотомические построения могут функционировать благодаря отрицанию эмоций, противоположных тем, которые испытываются в данный момент.

Психотерапия. Используется сочетание поддерживающей и разъясняющей терапии. Психотерапевт выступает в роли вспомогательного «Я». Поведенческая терапия применяется с целью контроля за импульсивностью и вспышками гнева, понижения чувствительности к критике и мнениям окружающих, обучения социальным навыкам. Может понадобиться непродолжительная госпитализация. При этом следует предусмотреть распространенную ошибку персонала отделения, который стремится вовлечь пограничного пациента в интересную продуктивную деятельность, не замечая его манипулятивного поведения.

О. Кернберг указывает: «Существует огромная опасность в том, что когда тревожные сигналы воспринимаются как изолированные приступы, а основное внимание уделяется "позитивным" аспектам пациента, это поддерживает механизмы расщепления. Атмосфера поверхностного дружелюбия, за которым стоит отрицание проблем пациента, часто приводит к возобновлению им саморазрушительного поведения, к нанесению себе повреждений или к суицидальному поведению после выписки из госпиталя. ...Частым фактором, способствующим самоубийству пограничного пациента, получающего амбулаторную терапию, является, к сожалению, согласие терапевта начать терапию при неоптимальных условиях, — например, когда терапевт позволяет пациенту отвергнуть некоторые аспекты терапии (лекарства, дневное наблюдение, участие семьи и так далее), когда он терпимо относится к тому, что пациент пропускает назначенные сеансы или нечестен в своих высказываниях» (Кернберг, 2000, с. 326-327).

Больной должен знать, что его угрозы суицида не имеют власти над врачом, который, безусловно, будет огорчен, но не будет нести ответственность за суицид. «Бессознательная или сознательная фантазия пациента о том, что терапевт отчаянно хочет, чтобы тот продолжал жить, фантазия, помогающая пациенту обрести власть над терапевтом, как и власть над жизнью и смертью, должна быть подвергнута исследованию и разрешиться в процессе терапии» (там же, с. 329). Это позволяет создать базу для новых отношений — «взаимной моральной ответственности», в отличие от установившихся в семье отношений «суицидального шантажа». Автор указывает на важность работы терапевта с семьей, которой пациент манипулирует с помощью суицидальных угроз и которую использует для запугивания терапевта. Не следует брать перед семьей ответственность за жизнь пациента, лучше реалистично разъяснить членам семьи механизмы его суицидального поведения.

©Ненависть, которую мы питаем к нашим врагам, вредит их счастью меньше, чем нашему собственному.
Жан Пти-Сенн

Импульсивное расстройство личности в отечественной психиатрии соответствует эпилептоидной психопатии. Расстройство характеризуется эпизодами потери контроля над агрессивными побуждениями с нападением на окружающих и повреждением имущества. Уровень агрессии в это время намного превышает обычную реакцию больного на подобные ситуации. Перед эпизодом возбуждения наблюдаются признаки нарастающего дисфорического напряжения с ощущением своего бессилия, невозможности изменить окружающее. После приступа бывает частичная амнезия, гиперестезия. В отличие от антисоциального расстройства личности больные искренне раскаиваются в своем поступке, обвиняют себя. Больным трудно сохранять линию поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением; их настроение лабильно и непредсказуемо. Часты ссоры и конфликты с другими, особенно при попытке окружающих противодействовать импульсивным действиям или осуждать их. Провоцирующими ситуациями для вспышки агрессии обычно служат ситуации или поведение партнеров, ассоциирующиеся с травмирующими ситуациями детства. У больных часто наблюдается гиперактивность; с ними часто приключаются какие-то неприятности. Они плохо справляются со своими обязанностями на работе и испытывают трудности в семейной жизни. Больные обычно обладают значительной физической силой, в то же время остаются социально зависимыми от опекающих их лиц и испытывают в этой связи чувство неполноценности. Их биография отличается частыми увольнениями, разводами, правонарушениями. Преобладают мужчины, многие из них пребывают в исправительных заведениях, тогда как женщин можно чаще встретить в психиатрических учреждениях. У больных обычно с детства выявляются признаки органической неполноценности мозга. Их родители склонны к алкоголизму, промискуитету и насилию; среди прямых родственников часты случаи импульсивного расстройства личности.

П.Б. Ганнушкин описывает эпилептоидный тип реакции, которая может принять затяжной характер и перейти в эпилептоидное развитие личности. Реакция развивается в длительной травмирующей ситуации и проявляется в озлобленности против сложившихся условий, жажде мести и жестоком антисоциальном поведении. Сотрудник П.Б. Ганнушкина Б.Д. Фридман, анализируя психодинамику эпилептоидной личности, указывает: «Эпилеп-тоид выводит вовне свой разрушительный инстинкт и дважды защищает таким образом себя: во-первых, удалением изнутри себя разрушительной энергии, и, во-вторых, уничтожая чужую агрессивность, могущую уничтожить извне его самого» (Фридман, 1993, с. 168). В психодинамике агрессии у импульсивных личностей ведущую роль играет перенос, когда угрожающая фигура ассоциируется с агрессивным родителем, и идентификация с агрессором во время приступа ярости. Импульсивных агрессоров учат противостоять фрустрации, верить в собственные силы.

©Теряя голову, не теряй хотя бы лица.
Лешек Кумор

Антисоциальное расстройство личности заключается в дезадаптивном поведении с игнорированием прав окружающих. Характерно сочетание черт взрывчатости и неустойчивости (мотивационной, волевой), склонность к насилию, злоупотреблению психоактивными веществами. Наблюдаются повторные нарушения законов и общественных норм поведения, склонность ко лжи, повторным обманам окружающих, использование вымышленных имен. Пациенты импульсивны, постоянно вступают в драки, безрассудно игнорируют личную безопасность и безопасность

окружающих. У них постоянно возникают проблемы, связанные с работой, семьей и сексуальными отношениями. Они безответственно относятся к своим обязанностям, равнодушны к жертвам своего поведения и всегда находят для него оправдание. Часто они яркие, болтливые, достаточно умные, поверхностно располагающие. Однако эмоциональные проявления лишь скрывают эгоистичную, агрессивную и садистическую мотивацию поведения. Импульсивность поведения обусловлена снижением способности личности к планированию и суждениям за счет нарушений или пробелов в структуре личности, примитивном или плохо сформированном сознании. Дефицит в коммуникативной сфере связан с отсутствием эмпатии, доверия, способности любить, с выраженной агрессией.

Психотерапия включает длительное, повторное установление допустимых границ. Она часто осложняется тем, что «спасительные», наилучшие побуждения постоянно избавляют этих людей от трудностей и позволяют им вернуться на свой антисоциальный путь.

Когнитивная терапия фокусируется на следующих искажениях:

- 1) я — одиночка, независимый, сильный;
- 2) они — уязвимые, эксплуатирующие, подчиненные;
- 3) другие — это лохи и слизняки; они занимаются эксплуатацией; а я — особенный, я заслуживаю особых правил; я стою над правилами;
- 4) основной стратегией поведения является нападение, грабеж, обман, манипуляция, использование других, нарушение правил.

Нарциссическое расстройство личности (в отечественной психиатрии — вариант истерической психопатии с псевдологией — лживостью). Характерно преувеличение собственного значения и повышенная озабоченность вопросами самоуважения. Грандиозное чувство собственной значимости, поглощенность фантазиями о небывалом успехе, неограниченной власти или идеальной любви. Убежденность пациента в своей уникальности и способности общаться с людьми и учреждениями, имеющими высокий статус. Чувство своей избранности и ожидание беспрекословного подчинения, чувство зависти к окружающим или убежденность, что другие завидуют пациенту. Поведение или взгляды отличаются высокомерием, самонадеянностью, надменностью. Нарциссические личности отличаются отсутствием эмпатии и не учитывают чувств окружающих. В результате их отношения становятся эгоцентрическими и поверхностными. Они беззастенчиво эксплуатируют людей, скрывая за внешним очарованием холодность и жестокость. Они нуждаются в восхищении и из-за этого производят впечатление зависимых, но на самом деле совершенно не способны зависеть от кого-то из-за своего глубокого недоверия и презрения к людям. Страсть к саморазрушению у нарцисса обычно скрыта или маскируется высшими, альтруистическими мотивами. Течение хроническое, возможны осложнения: расстройства настроения, кратковременные психозы, психосоматические расстройства и зависимость от психоактивных веществ.

Отто Кернберг описывает злокачественный нарциссизм этих пациентов: «Самоуважение и уверенность в своей грандиозности у этих пациентов растет тогда, когда они выражают агрессию, направленную на себя и на других. Удовольствие от жестокости, садистические сексуальные перверсии, а также наслаждение от причинения себе вреда — вот части общей картины. Спокойствие, с каким эти пациенты могут причинить себе вред и даже убить себя, контрастирующее со страхами, отчаянием и "мольбами" окружающих — родственников или персонала, — стремящихся защитить их жизнь и установить с ними человеческий контакт, есть проявление крайне извращенных средств, с помощью которых эти пациенты удовлетворяют свое самоуважение. Пациент в своей грандиозности переживает победу над страхом боли и смерти и на бессознательном уровне чувствует, что контролирует и саму смерть» (Кернберг, 2000, с. 322).

Г. Аммон (1995) выделяет деструктивный и дефицитный нарциссизм. Деструктивный нарциссизм проявляется вовне аутизмом, изоляцией, неспособностью к контактам и отношениям, внутрь — бредовыми идеями, галлюцинациями, психосоматикой. Дефицитный нарциссизм характеризуется пониженной самооценкой, самоотверженностью и пуризмом (моральной чистотой).

В психодинамике нарциссической личности основное значение имеет дихотомия: чувство собственной значительности — ранимость. Всемогущество защищает от страха, примитивной агрессии и переживания зависти. Убежденность в своей избранности и масштабности (хотя бы в постановке грандиозных целей или безмерного хвастовства) компенсирует скрытое чувство собственной неполноценности и трудности в формировании значимых привязанностей.

О. Кернберг (2000) показывает, что высокомерное, напыщенное и подчиняющее поведение нарциссических личностей представляет собой защиту от паранойяльных черт, образующихся в результате проекции орального гнева — основного фундамента их психопатологии. У этих больных отсутствуют объектные отношения из-за неспособности зависеть от интроецированных хороших объектов, поскольку они боятся своих примитивных интроектов.

Хайнц Кохут (2002) описывает два типа нарциссических переносов:

1) зеркально отражающего, с возрождением инфантильной потребности получать ответную реакцию и быть ценным;

2) идеализирующего, с восхождением потребности в идеальном объекте для поддержки не полностью 'Ншрованного целостного «Я». Первый тип связан с грандиозно-эксцентрической потребностью младенца продемонстрировать себя матери

'ЗДии ее невербальных проявлений восхищения. Фрустрация этой

РеЧсти оставляет незаживающую нарциссическую рану. Потребность ^ а^зации остается примитивной и проявляется у взрослого в виде

Июической самоуверенности и хвастовства; повторная фрустрация обил ает ^Ольного нарциссическую ярость с захлестывающим аффектом в иле И Жшвисти- Идеализирующий перенос связан с потребностью в ттдгк ЫноМч)Дительском образе, фрустрация этой потребности приводит который лишает взрослого чувства юмора, вдохновения, стнюги р включает индивидуальную психотерапию, поддержи-

** °РиентиРованную на формирование адекватной самооценки; полезны ролеы т., ,,,,,->., /- тяжелы игры, направленные на тренинг обратной связи и эмпатии;

Учаях необходима терапия средой. Важно сохранять самоуважение пациента АГЛГ,»

ч> которое может пострадать от вмешательства терапевта,

, ° пРава, избегать соперничества, обнадеживать. Когнитивная

Р ФУ РУется на следующих установках:

1) я особенный, уникаль-

> У Особых правил;

2) они восхищающиеся, соблазняемые;

3) я лучше других; люди должны служить мне или восхищаться мною; они не имеют права отрицать мои достоинства;

4) основная стратегия поведения — манипуляции.

Как показывает О. Кернберг (1998), амбулаторная аналитическая терапия нарциссических пациентов, совершающих повторные суицидные попытки, возможна лишь при строгом соблюдении сеттинга. Следует предупредить пациента, что при возникновении риска суицида он должен обратиться в психиатрическое учреждение или, если он уже принял с целью отравления лекарства, в скорую помощь. Психотерапия возобновится, когда пациент вернется в ясное психическое состояние. Вместо того чтобы действовать под влиянием суицидальных импульсов, пациенту следует откровенно обсуждать их во время психотерапевтических сессий. Если пациент позвонит психотерапевту до того, как потеряет сознание при попытке самоотравления, психотерапевт сделает все возможное для спасения его жизни, но закончит лечение и направит его к другому специалисту. Психотерапевту можно звонить по телефону в случае крайней необходимости в любое время, но если пациент позвонит при отсутствии такой необходимости, то психотерапевт не будет отвечать на последующие телефонные звонки в течение недели. Если подобное поведение пациента повторится, то терапевт не будет отвечать на его звонки в течение месяца; если это будет продолжаться далее — то в течение года, хотя при этом пациент рискует умереть, потому что не сможет дозвониться терапевту в случае реальной угрозы его жизни.

©Если людям нечем хвастаться, они хвастаются своими несчастьями.

Артуго Граф

Мазохистская личность характеризуется саморазрушительным стилем жизни. Чаще это женщина, для которой характерны следующие черты. Она выбирает людей или ситуации, которые приводят к разочарованию, неудаче или плохому обращению, хотя лучшие варианты были явно доступны. Отвергает или делает неэффективными попытки других помочь ей. На свой успех и другие положительные события в своей жизни реагирует подавленностью, ощущением вины, попаданием в несчастный случай или другим поведением, которое вызывает боль. Провоцирует злобные или отвергающие реакции со стороны других, а затем чувствует себя оскорбленной, побежденной или униженной (например, публично высмеивает мужа, а когда он выходит из себя, чувствует себя обиженной). Отвергает возможность получить удовольствие, разрушая такие возможности, или не желает признать, что получила удовольствие, хотя имеет возможность наслаждаться Жизнью. Не может выполнять трудные задания для себя, хотя делает что-то не менее трудное для других. Не интересуется теми, кто хорошо обращается с ней, оставляет их без внимания и отвергает. Постоянно стремится принести себя в жертву вопреки противодействию и неодобрению партнеров. Вступает в

связи, где заведомо будет только страдать.

Мазохисты склонны к виктимности (англ. victim жертва), под которой понимают повышенную предрасположенность человека становиться жертвой правонарушений, несчастных случаев и т. п. ситуаций. Обнаружено, что каждая четвертая жертва убийства ускоряла нападение своего агрессора. При исследовании автомобильных аварий было установлено, что на 3,9% попадавших в аварии водителей приходилось 36,4% всех несчастных случаев.

Н.Р. Laughlin (1967) группирует личностные особенности мазохистов в три категории:

- 1) признаки чрезмерной жестокости Суперэго;
- 2) проявления слишком сильной зависимости от поддержки, любви и принятия других людей;
- 3) черты, показывающие, что таким людям трудно выражать свою агрессию.

Такие пациенты чувствуют вину из-за крайне амбивалентного отношения к значимому другому. Когда они не могут соответствовать завышенным требованиям своего Суперэго, у них появляются клинические признаки депрессии. Так же болезненно пациенты переживают фрустрацию, если не удовлетворена их чрезмерная потребность в зависимости. С целью вызвать у обидчика чувство вины пациенты могут демонстрировать свои страдания, упрекать и сами отвергать близких. В результате развивается порочный круг, в котором гибнут самые глубокие взаимоотношения. Осознание огромной потребности в других людях и опасения новых разочарований с годами может привести таких людей к эмоциональной изоляции.

Мазохистские черты в ответ на жестокое обращение в детстве чаще развиваются у девочек, поскольку мальчики в этом случае идентифицируются с агрессором и впоследствии развиваются в садистическом направлении. По мнению Х. Гартмана с соавт. (2000), к мазохизму приводит сексуализация ситуаций, связанных с объективной опасностью. Агрессивная энергия, которая не получила разрядки в борьбе, может быть захвачена Суперэго и тогда будет служить источником чувства вины. Влечение мазохиста к страданию связано со стремлением повторить ранний болезненный опыт общения с матерью. Мазохист стремится к боли не ради боли самой по себе, а поскольку она представляет бессознательный объект любви, который когда-то причинял боль.

Склонный к травмам человек импульсивен, склонен действовать под влиянием момента, любит приключения и не любит планировать и подготавливать будущее. Он мятежник и бунтует не только против внешнего диктата, но и против власти собственного разума и самоконтроля. Однако кроме детского импульса к протесту у него сохраняется и чувство вины перед родителями, которое он искупает своей травмой и тогда может рассчитывать на прощение и заботу. Одновременно он мстит родительским фигурам, которым теперь приходится заботиться о беспомощной жертве.

Реакция на тяжелый стресс

Вопреки бытующему мнению, мазохист стремится испытать боль не ради извращенного чувственного удовольствия, а ради того, чтобы с помощью боли почувствовать себя живым и реальным (первичная выгода), а также в расчете на некое вторичное благо от своих страданий — например, моральную победу над мучителем и жалость окружающих (вторичная выгода). Мазохисты нередко применяют также отрицание страдания, чтобы продемонстрировать свою выносливость к боли, всепрощение и неспособность заподозрить обидчика в плохих намерениях.

Как и депрессивные личности, мазохисты используют такие психологические защиты, как интроекцию, обращение против себя и идеализацию. Кроме того, они часто применяют морализацию и отреагирование вовне саморазрушительными действиями. Однако, в отличие от депрессивных личностей, мазохистские не примиряются со своей судьбой, а используют саморазрушительное поведение для морального превосходства. Их поведение, по Т. Рейку (Reik, 1941), укладывается в следующую схему:

- 1) провокация;
- 2) умиротворение («Я уже страдаю, поэтому не надо меня наказывать»);
- 3) эксгибиционизм («Обрати внимание на мое страдание»);
- 4) избегание чувства вины («Видишь, что ты заставил меня сделать!»)

J. Nydes (1963) обращает внимание на сходство мазохистов с параноидными личностями: и те, и другие постоянно ожидают угрозы. Однако параноидные личности нападают первыми на предполагаемого агрессора, а мазохисты — на себя. Параноидные люди приносят в жертву любовь ради ощущения власти, а мазохисты — наоборот. Вокруг харизматического параноика-некрофила всегда спланиваются миллионы фанатиков-мазохистов, самозабвенно поющих «И как один умрем в борьбе за это».

При проведении динамической терапии укладывание пациента на кушетку подчеркивает

доминирование терапевта; предпочтительнее положение лицом к лицу, избегание проявлений как всемогущества и превосходства, так и готовности к самопожертвованию, акцент на реальных отношениях и способности пациента улучшить свое положение. Если терапевт принимает на себя ответственность за несчастье такого пациента и пытается найти решение его проблем, он угрожает лишить пациента выгод от его обычной стратегии. В этом случае «отвергающий помощь жалобщик» развивает негативную терапевтическую реакцию: «Только попробуй помочь мне — станет хуже и мне, и тебе». Следует игнорировать попытки пациента получить к себе внимание за счет своих страданий и поддерживать его, когда он открыто отстаивает свои права.

В анализе невроза переноса акцент делается на осознании склонности пациента к подчинению и провоцированию партнера, пассивному сопротивлению контролю, использованию партнера с целью поддержания собственного депрессивного состояния, скрытому бунту, агрессии и упадку духа, маневрам, позволяющим избежать личной ответственности.

В работе с чувствами основное внимание уделяется таким запрещенным для пациента эмоциям, как чувство гнева и удовольствия. Указанные чувства обычно прячутся за маской апатии или саботажа терапии. Блокируют же переживания гнева и удовольствия страх наказания и чувство вины. Терапевт должен вначале вскрыть и разрешить пациенту испытывать и выражать открыто чувства страха и вины, а затем — гнева и удовольствия. На заключительном этапе терапии акцент перемещается на работу с чувством печали по поводу первоначальной трагедии и упущенных возможностей в связи с ее последствием — мазохистским стилем жизни. В это время необходимо поощрять отказ пациента от желания отомстить за перенесенные в прошлом потери.

©Если вы начинаете с самопожертвования ради тех, кого любите, то закончите ненавистью к тем, кому принесли себя в жертву.
Джордж Бернард Шоу

Депрессивное расстройство личности. Преобладает унылое, мрачно-подавленное настроение. Отношение к себе основано на убеждении в своей неполноценности, никчемности и низкой самооценке. Выражена тенденция к самокритике, самообвинению и преуменьшению своих заслуг. Отмечается склонность к печальным размышлениям и поиску поводов для беспокойства. Характерно негативное, критическое или осуждающее отношение к окружающим, пессимизм, склонность переживать чувство вины или сожаления. Возможно возникновение дистимического и большого депрессивного расстройства, велик риск суицида.

Расстройство начинается в подростковом возрасте, оно включает депрессивное мировоззрение и поведение, которые стабильно проявляются в различных жизненных обстоятельствах. Предрасполагающие факторы: ранняя утрата, плохое воспитание, тенденция личности к самонаказанию, гипертрофированное чувство вины. В качестве важнейшего психодинамического фактора выступает неотреагированная ранняя утрата объекта любви с возложением ответственности за это на свою «плохость». При этом происходит идеализация утраченного объекта и обращение агрессии против себя. Результатом этого становится сниженное самоуважение и тенденция к самонаказанию и самосовершенствованию. Характерна также идентификация с другими путем приписывания им своей идентичности, интроекции или симбиоза. Вследствие этого человек избегает реальных отношений с партнером. Используются также перенос и реактивное образование (чрезмерная забота вместо вытесненной обиды и т. п.).

Психотерапия. Важно иметь в виду, что многие пациенты с депрессивным расстройством личности твердо убеждены в своих недостатках и соответственно — неприязни со стороны психотерапевта (так пациенты нередко расценивают даже молчание аналитика). Пациенты с недоверием относятся к «незаслуженным» проявлениям симпатии терапевта и его похвале. Они мечутся между сильнейшей потребностью в привязанности к терапевту и паническим страхом перед отвержением. Результатом этого внутреннего конфликта может стать суицид.

Динамическая терапия депрессивной личности направлена в первую очередь на поощрение вскрытия и отреагирования враждебных чувств, которые позволены с терапевтом (в отличие от того, как это было с родителями). Необходимо поддерживать у пациента проявления здорового эгоизма, соперничества, а иногда и оппозиции, интерпретируя их как победу над страхом и угодничеством. Важно признавать свои терапевтические ошибки, соглашаться с критикой пациента в свой адрес, чтобы помочь ему перейти из позиции «снизу» в положение «на равных». Готовность пациентов к самокритике следует использовать для атаки их сурового Суперэго. Прохождение завершающей фазы терапии требует бережной работы со страхом разлуки, который связан у этих больных с детским переживанием необратимой сепарации или утраты.

Эффективна когнитивная психотерапия, фокусированная в первую очередь на таких дезадаптивных убеждениях: «Чтобы быть счастливым, нужно всегда добиваться успеха»; «Чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все любили тебя»; «Если я сделаю ошибку, это будет означать, что я бестолковый»; «Я не могу жить без тебя»; «Если человек спорит со мной, значит, я ему не нравлюсь»; «Мое человеческое достоинство зависит от того, что думают обо мне другие». Применяется также групповая и межличностная (например, супружеская) терапия.

©Неумение себя защитить не принимай за готовность собой пожертвовать.

Григорий Ландау

Пассивно-агрессивное расстройство личности отличается постоянной установкой к скрытому саботажу, пассивному сопротивлению руководству; при этом открытое проявление агрессии не допускается. Характерными являются следующие особенности поведения. Невыполнение сроков, оттягивание и откладывание завершения выполняемых повседневных заданий, особенно когда завершение стимулируется окружающими. Необоснованный протест против справедливых требований и замечаний окружающих, заявления о неправомерности этих требований. Упрямство, раздражительность или конфликтность при вынужденной необходимости выполнять нежелательные для пациента задания. Необоснованная критика в адрес начальства, ответственных лиц. Намеренно медленная или плохая работа при выполнении нежелательных заданий. Препятствование усилиям других за счет невыполнения своей части работы. Избегание выполнения обязательств со ссылкой на забывчивость.

Больные постоянно недовольны теми, от которых зависят, но претензии предпочитают высказывать за их спиной и не могут сформулировать свои пожелания позитивно. Они раздражительны, демонстративно подавлены, всем недовольны, все критикуют, находят особое удовольствие в том, что обескураживают других и портят им удовольствие. Негативные реакции окружающих на их поведение замыкают порочный круг.

Большинство больных со временем теряют работу. Данное расстройство часто осложняется депрессией, алкоголизмом, психосоматическими болезнями. Часты суицидальные угрозы и демонстративно-шантажные попытки самоубийства. Предрасполагающим фактором может быть склонность к реакциям оппозиции в детстве, родительский пример.

Психотерапия. Когнитивная терапия фокусируется на следующих искажениях:

- 1) я некомпетентный, самодостаточный, уязвим к контролю и вмешательству;
- 2) они назойливые, требующие, вмешивающиеся, контролирующие, доминирующие;
- 3) другие ограничивают мою свободу действий; контроль со стороны других нетерпим; я должен делать все по-своему;
- 4) основной стратегией поведения является пассивное сопротивление, поверхностное подчинение, избегание правил, уклонение от следования им.

Применяется также ассертивный и социально-психологический тренинг. Выраженное сопротивление терапии преодолевается с помощью парадоксальных предписаний, когда пациенту предлагают делать противоположное тому, чего от него добиваются. На суицидальные угрозы следует реагировать не как на депрессивную реакцию по поводу утраты любви, а как на скрытую агрессию.

©Когда я был стрелочником, я думал: какой дурак начальник станции.

Потом стал начальником станции.

Аман Тулеев

По наблюдениям И.С. Лазарашвили (1986) в группе психопатий астенического круга суицидальные тенденции возникают на фоне длительной тяжелой травмирующей ситуации. Астено-депрессивная реакция характеризуется подавленностью, вялостью, быстрой утомляемостью; в ряде случаев присоединяется тревожность. Суицидальные тенденции появляются эпизодически. При ухудшении ситуации актуализируются пассивные суицидальные мысли, и больные совершают истинные попытки самоубийства по типу призыва с формированием в последующем аналитического варианта постсуицида.

Астено-сенситивная ситуационная реакция отличается более выраженной психической истощаемостью. Остро возникающие вспышки раздражения, гнева быстро сменяются слезами, переживаниями вины, раскаяния, беспомощности, неспособности самостоятельно разрешить тягостную ситуацию. Любые изменения в ситуации травмируют и вызывают раздражительно-негативную реакцию с отказом от деятельности. Наблюдаются суицидные попытки типа избежания и

отказа с тяжелыми последствиями для жизни. Постсуицид критический и аналитический.

Реакция соматопсихического дискомфорта сопровождается обильными неприятными ощущениями в различных частях тела, особенно усиливающимися в условиях общей психической гиперестезии. Отмечаются опасения наличия тяжелых соматических заболеваний, их исхода, которые сопровождаются выраженным беспокойством, тягостным предчувствием, страхом будущего, нарушением сна. Беспомощность с постоянным ощущением дискомфорта приводит к истинным попыткам самоубийства, которые носят характер избегания еще больших страданий или отказа от деятельности с формированием суицидально-фиксированного суицида. После выхода из этого состояния наблюдается углубление декомпенсации психопатии за счет фиксации ипохондрических ощущений без тенденции к их анализу, без колебаний и сомнений. Во всех случаях социально-психологическая дезадаптация у астенических психопатов принимает хронический характер и отличается самым высоким суицидальным риском. Повторные покушения всегда истинные, с использованием опыта предыдущих попыток.

Собственные наблюдения. На нашем материале у 50 больных с выявленным психопатическим складом личности наблюдались суицидоопасные реакции, для которых характерной была незначительная обусловленность поведения внешними факторами, его импульсивность и отрыв содержания переживаний от актуальной ситуации. Пациенты отличались преморбидной недостаточностью эмоционального контроля, склонностью к аффективным «разрядам». Заметной была связь клинической формы реакции с типом личностных расстройств, которые нередко играли пусковую роль в развитии кризисной ситуации.

Больные с психопатическим радикалом отличались высоким суицидальным риском. Попытку самоубийства перед поступлением в Кризисный стационар предприняли половина из них — 25 человек. Были равномерно представлены все категории личностного смысла суицидального поведения: призыв, избегание, отказ, самонаказание. Пресуицид у этих больных длился в среднем одну неделю, постсуицид — 5 недель. В анамнезе отмечалась выраженная тенденция к хроническому суицидальному поведению: 2/3 больных — 33 человека — совершали попытки самоубийства ранее.

В данной группе наблюдались наиболее тяжелые способы самоубийства: отравления большими дозами сильнодействующих веществ, в том числе бытовым газом и прижигающими веществами, глубокие самопорезы локтевых вен, колотые раны, проникающие в грудную и брюшную полость, самоповешения, а также комбинированные способы самоубийства. Тип постсуицида был связан с типом личностных расстройств, а также с особенностями кризисной ситуации. Аналитический тип постсуицида наблюдался у трех больных, манипулятивный — у 9 (36%), суицидально-фиксированный — у 13 (52%).

Выделены следующие суицидоопасные реакции у лиц психопатического склада: аффективная, истерическая и астено-апатическая.

Аффективная суицидоопасная реакция характеризуется переживаниями тоски, тревоги или гнева, которые имеют аутоагрессивную направленность и отражают тенденцию к призыву о помощи или к протесту и мести. У аффективных личностей в ситуации утраты близких и других высокозначимых ценностей развиваются преимущественно тоскливо-депрессивные состояния с выраженностью тоскливого аффекта, переживаемого как крайне тягостное физическое ощущение в области сердца, головы, сопровождающееся мыслями о несправедливости переносимых страданий, депрессивной переоценкой прошлого при наличии нерезко выраженной психомоторной заторможенности. В ситуации угрозы утраты (значимых лиц, социального статуса, здоровья и т. д.) в клинической картине на первое место выступает тревога, доходящая порой до агитации, на фоне которой пациенты заявляют о непереносимости своих страданий и желании смерти как избавления от них. В основе подобных состояний, в отличие от тоскливо-депрессивных, лежит стенический компонент, что повышает суицидальный риск у этих пациентов. Еще более высок суицидальный риск при дисфорической модальности аффекта, который развивается у возбудимых личностей и характеризуется взрывами гнева, брани, угрозами на фоне злобного и мрачного настроения. Иногда больные совершают агрессивные поступки в адрес обидчиков, но чаще гетероагрессивные тенденции по тем или иным причинам реализовать оказывается невозможным и они трансформируются в аутоагрессивные «разряды».

Истерическая суицидоопасная реакция по личностному смыслу является реакцией призыва, «крика о помощи». Суицидальное поведение играет роль последнего способа привлечь внимание значимых других лиц к своим страданиям, добиться улучшения отношения к себе в ситуации межличностного конфликта. Реакция развивается у истерических и возбудимых личностей и протекает в форме двух вариантов. При первом на фоне сниженного настроения отмечается плаксивость, опасения за свое здоровье, выраженные вегетативные расстройства. Пациенты упрекают близких в нечуткости, жалуются на чувство одиночества, отсутствие поддержки, невозможность переносить свои

страдания и самостоятельно разрешить кризисную проблему. Во втором варианте на первое место выступает дисфорический фон настроения. Больные склонны обвинять окружающих в собственных неприятностях, критиковать порядки, в том числе организацию лечения и тактику врача, требуют особого отношения, легко вступают в конфликты с больными и медперсоналом, часто угрожают суицидом, а иногда во время очередного конфликта демонстрируют свое намерение совершить самоубийство.

Астено-апатическая суицидоопасная реакция возникает у астенических личностей чаще при внутриличностных конфликтах, нередко имеющих длительное развитие. При этом формируется пассивная позиция личности с тенденцией к изоляции. Больные жалуются на подавленность, безразличие, вялость, быструю утомляемость. При дополнительной психической травматизации остро возникают вспышки раздражения со слезами, чувством беспомощности, отказом от контактов. Суицидные попытки у этих больных носят характер избегания (наказания, страданий) или отказа (от жизни), отличаются наиболее высоким из всей группы психопатических личностей суицидным риском и максимально выраженной тенденцией к хроническому суицидальному поведению.

Клиническая иллюстрация

Ц-ская Н.В., 20 лет, находилась в Кризисном стационаре 21 день.

Анамнез. Отец возбудимый, педантичный, жестокий. Родители развелись, когда девочке было 6 лет. Однако мать регулярно отсылала ее к отцу с отчетом об успеваемости, он бил ее за малейшую провинность — как правило, по голове; очень боялась его. Мать внушала дочери отвращение к мужчинам, высокомерие к окружающим, ориентировала на социально-престижные ценности. Девочка росла капризной, нелюдистой, при обиде громко кричала, рыдала; боялась темноты, смерти, высоты. В 10 лет во время побоев отца, который бил ее головой о стену, потеряла сознание на несколько минут, затем испытывала тошноту, головную боль. После этого возненавидела отца, отказалась встречаться с ним. До 14 лет состояла на учете у детского психиатра в связи с колебаниями настроения, навязчивым желанием броситься с высоты, устрашающими галлюцинациями при засыпании. Эпизодически испытывала состояние транса, когда появлялось неудержимое желание взлететь; разбегалась и приходила в себя, упав на землю. Была склонна к фантазированию, мистике.

С детства занималась в театральных коллективах. По окончании школы поступила в театральное училище, время проводила в компании студентов, употребляла наркотики, вела беспорядочную половую жизнь, оставила учебу. На следующий год поступила в другое театральное училище. Вступила в связь со студентом, находящимся в конфликте с ее художественным руководителем, который якобы также предлагал ей сожительство и угрожал в случае отказа отчислением из училища. Тяжело переживала ситуацию, в связи с колебаниями настроения обратилась к психиатру, принимала антидепрессанты. Находясь с возлюбленным на зимних каникулах в другом городе, поссорилась с его родителями, приняла 50 таблеток амитриптилина, в течение 10 дней находилась в психиатрической больнице.

Вернулась с другом в Москву, подали по ее настоянию заявление в ЗАГС о регистрации брака, готовилась к свадьбе. Против ее брака категорически воспротивился ее художественный руководитель, в связи с этим вскрыла вены на левом предплечье, по инициативе жениха обратилась к суицидологу в кабинет социально-психологической помощи в районной поликлинике, получила направление в Кризисный стационар, однако отложила госпитализацию. Принимала транквилизаторы с недостаточным эффектом. Тяготилась необходимостью посещать занятия в училище, боялась встреч без свидетелей с художественным руководителем, ссорилась по пустякам с окружающими, устраивала сцены ревности жениху. После очередной ссоры с ним приняла 20 таблеток тазепама, в течение недели находилась в психосоматическом отделении городской больницы. После выписки по настоянию художественного руководителя вновь обратилась к суицидологу и была госпитализирована.

Соматическое состояние. Рубец от пореза на коже левого предплечья. В остальном без явной патологии.

Неврологическое состояние. Кожная чувствительность повышена, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, грубой очаговой симптоматики не выявлено.

Психическое состояние. При поступлении в контакт вступает формально, недоверчива, малодоступна, погружена в свои переживания. Неохотно соглашается на беседу, держится вызывающе. Крайне обидчива, склонна к самовзвинчиванию, при малейшем недовольстве раздражается взрывом гнева, угрожает самоубийством. Выдвигает нереальные условия, на которых она согласна находиться в стационаре. При отказе врача выполнить эти условия с громкими проклятиями, нецензурной бранью порывается бежать из кабинета. С большим трудом после инъекции 3,0 мл реланиума внутримышечно успокаивается, дает согласие на стационарное лечение.

Свое суицидальное поведение пытается оправдать тем, что не хочет «просто стать знаменитостью»; мечтает быть «гениальной», но для этого ей нужна столичная сцена, а из-за конфликта с «этим ничтожеством» (художественным руководителем) она может лишиться этой возможности. Не может смириться с «грязью жизни», подлостью людей. Суждения инфантильные, оторваны от реальности, не соответствуют поведению пациентки. Уходит от обсуждения данного противоречия в резонерство. Уровень притязаний резко завышен, все свои неудачи объясняет неблагоприятными обстоятельствами, поступками окружающих. Коррекция практически невозможна из-за низкого уровня рефлексии, выраженной аффективной ригидности, оппозиционной, антиавторитарной установки пациентки.

Психологическое обследование. Во время обследования испытуемая манерна, стремится произвести благоприятное впечатление. Претендует на своеобразие, оригинальность, демонстрирует утонченность и красоту своего внутреннего мира. Бравирует социальной неадекватностью, неприспособленностью к бытовым условиям, отсутствием у себя земных интересов («Ассоль»).

Интеллект испытуемой среднего уровня, мышление конформное, образное, оно ведется на аффективной основе. В мышлении испытуемой присутствует эстетический критерий, практически полностью подчиняющийся логический. В сочетании с присущей испытуемой высокой демонстративностью это приводит к тому, что интеллектуальная переработка информации либо не производится, либо заменяется эмоциональной, либо является неполноценной. Интеллектуальная сфера пациентки испытывает сильнейшее дезорганизующее влияние со стороны эмоциональной. Процесс обобщения ведется испытуемой по внешним (зачастую чисто субъективным) признакам. Так же производится образование понятий, классификация. Таким образом, испытуемая не использует даже наличный интеллектуальный потенциал, работая ниже доступного ей уровня.

Ведущая сфера испытуемой — аффективная. Эмоции испытуемой слабо дифференцированы, отличаются дихотомичностью и чрезвычайной силой, все переживания идут на максимальной интенсивности. Этому способствуют присущие испытуемой механизмы самовзвинчивания и драматизации, демонстративности. Аффективные проявления отличаются также ригидностью, плохой переключаемостью.

Испытуемая инфантильна, эгоцентрична, агрессивна. Она отличается большим честолюбием, неадекватно завышенным уровнем притязаний, высокой неустойчивой самооценкой. Испытуемая не критична к себе, к замечаниям относится с негативизмом, не делает из них выводов. Прошлые ошибки не учитываются и не вносят коррекции в ее поведение, оценку себя и своих действий. Вместе с тем испытуемая крайне ранима, испытывает сильную потребность в одобрении, восхищении.

Крайне неуспешной представляется сфера контактов испытуемой. Это объясняется как ее личностными особенностями, так и ее установками в сфере общения. На контакты испытуемой плохо влияют такие ее черты, как высокомерие, эгоцентризм, конфликтность, нетерпимость, неумение и нежелание понять партнера, неспособность к компромиссам. Сложности в области контактов усиливаются негативизмом испытуемой, недружелюбным отношением к людям. С лицами своего пола испытуемая вступает в конкурентные отношения. К лицам противоположного пола предъявляет противоречивые требования: одновременно стремится занять главенствующее положение и защищаемое, оберегаемое. В результате контакты испытуемой оказываются конфликтными, формальными, неустойчивыми. Такое положение воспринимается крайне болезненно, во-первых, из-за высокой потребности в эмоциональной поддержке, во-вторых, из-за наличия у нее рентных установок. Плохое отношение к окружающим делает затруднительным поиск у них помощи и защиты. В своих неудачах испытуемая обвиняет только окружающих, полагает, что в силу недостаточной тонкости они не способны по достоинству оценить ее. Самооправдание испытуемой облегчается наличием у нее сильно развитой системы психологической защиты. Для испытуемой характерны такие механизмы, как вытеснение, защитное фантазирование, рационализация, сублимация.

Представляет интерес особенность ценностной системы испытуемой. Как наиболее значимые декларируются духовные ценности. Вместе с тем реально действующей является система материальных ценностей, что самой испытуемой не осознается. Система духовных ценностей является дополнительной, необходимой для самопринятия испытуемой. Такая структура приводит к тому, что испытуемая стремится к достижениям, внутренне не являющимся для нее актуальными, отвергая внутренне значимые как несущественные.

Не осознавая причины собственной несостоятельности, испытуемая понимает и переживает неуспешность своей позиции, страдает от невозможности добиться желаемого. Суицидальный риск представляется весьма значительным.

Заключение. Суицидоопасная реакция у нарциссической личности с чертами истероидности, постсуицидальный период, тенденция к хроническому суицидальному поведению

Лечение. Амитриптилин 25 мг вечером, сонапакс 10 мг 3 раза в день, феназепам 0,5 мг днем и 1

мг вечером, реланиум 2,0 мл внутримышечно на ночь; групповая психотерапия.

В процессе лечения в первые дни отмечались выраженные колебания настроения преимущественно с дисфорической модальностью аффекта в ответ на незначительные неблагоприятные изменения актуальной ситуации. Тяготилась пребыванием в стационаре, скучала по возлюбленному, который отказался от встреч с нею и лечащим врачом. После беседы врача с художественным руководителем актуальность травмирующей ситуации снизилась, перестала опасаться исключения из училища. Стремилась постоянно быть в центре внимания молодых мужчин, конфликтовала с пациентками палаты и медицинским персоналом из-за несоблюдения ею больничного режима, претендовала на особые условия для себя. Самовольно отлучалась из отделения, возвращалась поздно ночью, мотивируя это необходимостью бывать на спектаклях, пропускала групповые занятия. Лекарства принимала нерегулярно, копила их, не скрывая этого, «на случай самоубийства». Отмечалась выраженная склонность к псевдологии. После обострения конфликта в палате настаивала на выписке, угрожая в противном случае выброситься с 7 этажа. В ответ на предложенный перевод в психиатрическую больницу пообещала не нарушать больше режима.

Действительно, поведение стало более упорядоченным, прекратились суицидальные угрозы, стала мягче, получала поддержку со стороны участников группы, была им очень благодарна за это: «Первый раз в жизни меня поняли». Выровнялось настроение, считала свое пребывание в больнице больше ненужным, обещала принимать поддерживающую терапию амбулаторно под наблюдением суицидолога районного психоневрологического диспансера, куда была направлена выписка из истории болезни.

Катамнез: два года. После выписки из Кризисного стационара находилась летом со студентами училища на сельскохозяйственных работах, вступила в конфликт с администрацией, пыталась отравиться лекарствами, была госпитализирована в реанимационное отделение Центральной районной больницы. После этого ее жених отказался вступать с ней в брак, предложил сожительство, на что она согласилась. Конфликт с художественным руководителем также разрядился, увлеклась учебой, успешно снялась в фильме. Во время катамнестического наблюдения неохотно вспоминает суицидальные эпизоды, уходит от обсуждения своих трудностей, подчеркивает свои достижения.

Анализ наблюдения. Личность пациентки формировалась в условиях межродительского конфликта; свойственная пациентке с раннего детства аффективная возбудимость была усилена психотравмирующими воздействиями жесткого отца, а также неоднократными травмами головы. Суицидальное поведение пациентки связано с актуальной для нее ситуацией, в результате которой оказались одновременно фрустрированными обе ведущие потребности пациентки: социально-престижная и интимно-личная. Суицидальные попытки возникали по механизму трансформации гетероагрессии в аутоагрессию. Личностный смысл суицидального поведения определяется как протест, месть, призыв на помощь; постсуицид следует квалифицировать как аналитический (негативное отношение к попытке с сохранением актуальности конфликта). Повторные попытки самоубийства объясняются неразрешенностью для пациентки актуальной ситуации; с ее разрешением тенденция к хроническому суицидальному поведению больше не проявляется, что позволяет расценить ее суицидо-опасные реакции как ситуационные.

Выраженная оппозиционность, антиавторитарность пациентки обусловили выбор групповой формы кризисной психотерапии. Кризисная группа обеспечила пациентке столь необходимую ей эмоциональную поддержку, подкрепила ее неустойчивую самооценку. К сожалению, неадаптивные проявления личности в коммуникативной сфере не позволили пациентке в полной мере использовать возможности групповой кризисной психотерапии; суицидальные тенденции на момент ее выписки оставались достаточно актуальными и вскоре реализовались. В то же время изменившаяся позиция пациентки в конфликте помогла ей разрешить травмирующую ситуацию, что можно связать с проведенной терапией. Как показало катамнестическое наблюдение, несмотря на сохранение патологической структуры личности, у пациентки наблюдалось определенное повышение уровня социально-психологической адаптации с достижением успехов в учебно-профессиональной сфере и формированием адекватной ее возможностям позиции в интимно-личной сфере.

ОДИНОЧЕСТВО

Карьера — чудесная вещь, но она никого не может согреть в холодную ночь.

Мэрилин Монро

Часто причиной суицидального поведения является переживание одиночества, прочувствованно выраженное поэтом: «О, одиночество, Как твой характер крут! Посверкивая циркулем железным, Безжалостно ты замыкаешь круг, Не внемля заклинаньям бесполезным».

А у Паустовского есть трогательный рассказ, который по-японски звучал бы так:
Дачи под снегом.
Репродуктор вещает.
Некому слушать...

Вслед за Д. Янгом (1988) мы выделяем 6 стадий в иерархии одиночества и стратегии его преодоления.

1 стадия — жизнь в одиночку. Одинокие пациенты часто испытывают подавленность, неуверенны, пассивны, недовольны собой. Они убеждены в своей непривлекательности, коммуникативной некомпетентности и других якобы неизменных качествах, которые исключают для них возможность установления дружеских или любовных отношений. Причем подобные отношения нередко нужны им прежде всего для ликвидации страха покинутости. В то же время из опасений быть отвергнутыми пациенты предпочитают проводить время дома, поскольку другое времяпровождение им «неинтересно» или им «никуда не хочется ходить в одиночку».

Психологическая коррекция заключается, прежде всего, в осознании болезненно вытесненной потребности в общении, переключении внимания с состояния на ситуацию одиночества и поиск ее психологических причин. Чтобы активизировать жизнь пациента и получить материал для терапевтической работы, следует составить вместе с ним поэтапный план расширения круга его общения. С этой целью уже на первом этапе можно применить терапию публичным досугом.

Важно также актуализировать положительные качества пациента на основе воспоминаний о его удачном прошлом опыте близких отношений. Пациенту помогают пересмотреть допущения типа: «Чтобы иметь друзей, надо быть красивым, веселым, умным». В процессе беседы пациент осознает, что сам при выборе друга не настаивал бы на таких качествах, следовательно, не стоит приписывать подобные требования и другим. При выраженном недовольстве своей внешностью может помочь коррекция определенных особенностей фигуры — например, за счет диеты, физических упражнений, пребывания на свежем воздухе. В некоторых случаях необходимо мотивировать обращение к стоматологу, окулисту, косметологу.

2 стадия — случайные дружеские связи. Пациенты испытывают страх перед собственной социализацией, опасения растеряться в ситуации общения, потерять контроль или получить психотравму, боятся «плохо выглядеть», получить плохую оценку. Осознанию необоснованности подобных ожиданий способствуют такие вопросы, как: «Каковы доказательства того, что за вами все наблюдают, постоянно оценивают? Отвергнете ли вы сами того, кто проявил неловкость, оступился в социальном плане?»

Для снижения уровня социальной тревоги с пациентом проигрывают ситуации общения, подчеркивая его коммуникативные возможности. Кроме того, ему рекомендуют во время общения переключать внимание с себя на партнера. При недостаточном развитии социальных навыков совместно с пациентом следует разработать программу тренинга, которая реализуется в ходе ролевых игр с терапевтом, обеспечивающим обратную связь, и «домашних заданий» с последующим их анализом. В работе с шизоидными личностями необходимо показать роль идиосинкразического характера их мышления в трудностях взаимоотношения с окружающими, предложить им внимательнее слушать собеседника. Оживлению эмоционального компонента поведения способствует тренинг сексуальности.

Лица с паранойяльной акцентуацией характера отличаются недоверчивостью, подозрительностью, они заранее убеждены, что все люди являются эгоистами, манипуляторами. Пациента полезно попросить рассказать о таких людях, предложить «испытать» знакомых на этот счет. В процессе работы пациента неоднократно спрашивают, может ли он сейчас доверять терапевту, и если нет, то почему. Подобная тактика позволяет выявить негативные интерпретации действий терапевта и их неадаптивный характер, повышает доверие к терапевту и другим людям.

3 стадия — взаимное самораскрытие. Пациенты стеснительны, считают, что люди не способны понять их и отвергли бы, если бы узнали об их слабостях и «постыдных тайнах». Они убеждены, что не имеют права «взваливать собственные проблемы на других». Первый шаг к налаживанию интимных взаимоотношений состоит в повышении доверия к другому. Задача терапевта — поощрить пациента открыться перед потенциальным другом, который ищет сближения. С пациентом разыгрывают ситуацию, в которой терапевт играет роль пациента, а тот — друга. Терапевт «раскрывает» некоторые

тайны пациента, последний слушает его и откликается на доверие, испытывая не желание отвергнуть партнера, а понимание и сочувствие. В результате пациент делает вывод, что его страхи необоснованны, другие люди похожи на него и могут понять и разделить его проблемы, а самораскрытие повышает интимность взаимоотношений.

4 стадия — встреча потенциального интимного партнера. Пациенты обычно считают, что «им не везет», так как они не смогли встретить «подходящего человека». Однако симпатия к другому основана на сходных с ним чертах. Если человеку никто не нравится, то скорее всего он не нравится сам себе. Поэтому в таких случаях пациенту необходимо пройти предыдущие три стадии работы. После повышения самооценки пациента поощряют к установлению доверительных отношений с другим, проявившим инициативу. Затем возникает проблема самостоятельного выбора партнера. Совместно с пациентом терапевт разрабатывает различные способы знакомств: контакты со старыми друзьями, просьба к посредникам устроить свидание, сближение с сотрудниками или соседями, вступление в организацию с подходящими для пациента интересами, выполнение функций свободного одинокого человека, «открытого» для выбора.

Пациенты испытывают страх быть отвергнутыми при знакомстве, поэтому им рекомендуют чаще встречаться с людьми, пытаться лучше понять их — возможно, они примут знаки внимания пациента и окажутся подходящими для углубления знакомства. В ряде случаев выбор пациента ограничивается сложившимся стереотипом прошлых неудачных отношений, причем, несмотря на неудачу, его по-прежнему привлекают люди, заведомо не соответствующие его потребностям: жестокие, отвергающие, возбудимые или чрезмерно зависимые. Необходимо идентифицировать данный тип людей, помочь пациенту осознать перспективу: стойкие негативные эмоции перевесят пылкое увлечение.

5 стадия — углубляющаяся близость. Пациенты, отвергнутые в сфере интимных отношений, нередко избегают сексуальных контактов. Они испытывают чувство вины («сами заслужили такое отношение»), полны горечи и разочарования в человеке, которому доверяли и который причинил им такую боль. Некоторые объясняют разрыв несовместимостью характеров или личностными (моральными) изменениями партнера, которые сделали невозможным дальнейший союз с ним.

Необходимо помочь пациенту взглянуть на связь в ином аспекте. Если сохраняется уверенность в своей ошибке — предложить изменить поведение таким образом, чтобы не повторять ее. Пациента следует отучить судить о будущем только на основе своего прошлого, тогда риск остаться одному выглядит по-другому. У пациентов, обеспокоенных вопросами секса, обычно наблюдается опасение оказаться несостоятельными любовниками. Надо помочь им пересмотреть отношение к близости как к спектаклю или экзамену. Смысл сексуальных отношений не во взаимной оценке, а в возможности получать и давать наслаждение и при этом демонстрировать, как много получил от партнера. Осознанию неадаптивных установок в данной сфере служит просьба терапевта привести альтернативное объяснение того, почему кто-то не сумел вовремя откликнуться на сексуальный призыв пациента. Поощряется откровенность в выражениях сексуальных переживаний, что уменьшает чувство изолированности и стимулирует гедонистические, жизнеутверждающие тенденции.

6 стадия — долгосрочные эмоциональные обязательства. Пациенты нуждаются в стабильности имеющихся интимных отношений и в то же время испытывают тревогу по поводу взятия на себя эмоциональных обязательств. На определенном этапе отношений появляется страх, что они пойманы в ловушку. Тогда возникает опасение взять на себя обязательство перед партнером. Они напуганы, что не способны ответить взаимностью на любовь, и боятся, что потеряют свою свободу, свою индивидуальность, если сойдутся слишком близко. Следует убедить пациента, что идеал равных обязательств и полной взаимности достигается на поздних стадиях союза. Никто не обязан соответствовать требованиям другого. О степени интимности и зависимости, свободе и обязательствах, связанных со временем, можно и нужно договариваться при условиях доброжелательности и взаимного доверия партнеров. Некоторые пациенты ведут себя с партнером в интимно-психологической сфере излишне пассивно, не открывают своих негативных чувств. Они высказываются следующим образом: «Если я подавлен, это, должно быть, моя вина», «Если я упрекну его в этом, он меня бросит» и т. п. не предоставляя партнеру обратной связи. Пациенты в то же время убеждены, что партнер должен и так догадываться, чего они хотят, и, следовательно, он сознательно их обижает. Так напряженное молчание переходит в непонятные вспышки обиды и гнева с

последующими упреками в свой адрес.

В процессе терапии пациент осознает, что имеет право высказывать свои желания без страха отвержения, начинает относиться к выражениям неудовлетворенности, критики и гнева как к нормальному компоненту долгосрочных отношений, а не как к сигналу разрыва. В ряде случаев имеет смысл «прорепетировать» конструктивное разрешение скрытого межличностного конфликта. У пациентов с конформной акцентуацией характера — строгих, бескомпромиссных, упрямых, требовательных и морализующих — часто наблюдаются нереалистические установки в коммуникативной сфере. Они считают, что заставляют других делать только то, что «любой посчитал бы правильным». При разочаровании в партнере испытывают обиду и гнев. На стадии влюбленности они могут не замечать «слабостей» партнера или ожидать его «исправления» в будущем. Затем начинают критиковать его, придираются, обвинять в упрямстве. Такие пациенты верят в абсолютные стандарты «правильного» и «неправильного», нетерпимы к иным взглядам. Они не могут и не собираются приспособиться к партнеру, а требуют этого от него, обвиняют его в разрыве: «Лучше одиночество, чем мириться с недостатками партнера». Задачей терапевта является показать, что «абсолютные» стандарты очень редко совпадают, каждый человек имеет право жить по-своему. Терпимое отношение и принятие точки зрения других людей выгоднее, чем постоянная требовательность, которая как раз и приводит к разрушению отношений и одиночеству. Принятие некоторых особенностей партнеров, которые пациент расценивает как недостатки, — разумная цена, которую можно заплатить, чтобы достичь близости и сохранить хорошие отношения.

©Холостяк — незавершенное существо, он схож с половинкой ножниц.
Бенджамин Франклин

Психогенная депрессия

Психогенная депрессия развивается в ситуации утраты жизненно важной для данной личности ценности. Имеет значение личностный преморбид: обычно обнаруживается акцентуация по сенситивному, астеническому, психастеническому и лабильно-истероидному типу. Определенную роль играет также соматическое состояние: эндокринная перестройка, астенизация вследствие перенесенной болезни, переутомления, длительно существующей конфликтной ситуации. Суицидальный риск при реактивной депрессии выше, чем в общей популяции, в 80-100 раз.

Суицидоопасные психогенные депрессии вызваны выраженными психотравмирующими ситуациями, которые отражаются в содержании депрессии и определяют психологические переживания больного. Редукция болезненной симптоматики происходит по мере разрешения психической травмы или ее преодоления. Клиническая картина характеризуется депрессивными расстройствами, не доходящими в своем развитии до психотического уровня. Психогенная депрессия проявляется тоской, тревогой, апатией, ассоциативной и двигательной заторможенностью, беспокойством, понижением самооценки, негативной оценкой прошлого, настоящего и будущего, вегетативными расстройствами.

От дистимии указанные расстройства отличаются большей глубиной аффектов, меньшей выраженностью вегетативного компонента депрессии, отсутствием, как правило, преморбидных невротических черт личности. При психогенной депрессии гораздо больше выражен суицидальный риск, в то же время суицидальное поведение не обусловлено витальным изменением аффекта, не вытекает прямо из глубины депрессивных расстройств. Содержание переживаний отражает психотравмирующую ситуацию. Вызывающим событием служит сочетание психотравмирующих факторов или массивное длительное воздействие, приводящее к изменению или вызывающее угрозу изменения жизненного стереотипа. У большинства пациентов наблюдается комбинация межличностного конфликта с дезадаптацией в учебно-профессиональной, административно-правовой и коммунально-бытовой сферах.

Характерно, что при меньшей выраженности психотравмирующих факторов у пациентов можно выявить такие астенизирующие факторы, как переутомление, острые инфекции, хронические заболевания, прерывание беременности или климакс, экзогенные вредности в анамнезе, а также перенесенные в прошлом психогении, сенсibiliзирующие индивида в кризисной ситуации. Для воспитания пациентов характерны гиперопека, антагонистические тенденции и повышенные моральные требования со стороны воспитателей. У большинства пациентов выявляется акцентуация характера, которая накладывает выраженный отпечаток на форму реакции.

У многих больных наблюдаются суицидные попытки, основными мотивами которых являются:

избегание, призыв, протест, самонаказание; наиболее частый способ самоубийства — самоотравление. Постсуицид обычно некритический, чаще всего наблюдаются суицидально-фиксированный и манипулятивный типы постсуицида, что связано с выраженными астеническими проявлениями в постсуицидальном периоде, а также с типом акцентуации характера. У ряда больных выявляются суицидные попытки в анамнезе.

По течению различаются острая и отставленная психогенная депрессия. При остром течении пресуицид длится в среднем две недели, постсуицид — три недели. При отставленной психогенной депрессии средняя продолжительность пресуицидального периода составляет 3 недели, а постсуицид принимает затяжной характер и длится в среднем 7 недель, причем после исчезновения суицидальных тенденций на протяжении двух-трех месяцев отмечаются выраженные астенические расстройства.

Наблюдаются две формы психогенной депрессии: тревожно-тоскливая и истерическая. Тревожно-тоскливая форма депрессии развивается у пациентов с выраженными психастеническими и сенситивными чертами характера, особенно у акцентуантов. Обостряются свойственные и ранее больным проявления тревожной мнительности, чрезмерная ранимость, застенчивость, недовольство собой, склонность к самоупрекам. Характерна фиксация на утрате; при этом тревожность сочетается с внутренним напряжением, беспокойством за свою судьбу и судьбу близких. Больные высказывают опасения, что в таком состоянии не справятся с предстоящими жизненными трудностями и «станут обременять близких». Они жалуются на тоску и интеллектуальную заторможенность, снижение умственной работоспособности, высказывают идеи собственной малоценности, пессимистически оценивают свое прошлое, настоящее и будущее. У больных падает интерес к общению, появляется безразличие к окружающему и к жизни в целом. На высоте аффекта у них возникает двигательное беспокойство, актуализируются аутоагрессивные тенденции.

Самоубийство воспринимается больными как единственный выход из мучительной ситуации. Они тщательно продумывают и подготавливают суицидальный акт; в ряде случаев для того, чтобы подготовить окружающих, намекают о своем предстоящем расставании с жизнью. Для самоубийства используются большие дозы психотропных средств, барбитуратов, глубокие вскрытия вен. В раннем постсуициде сохраняется депрессивная симптоматика и суицидальные мысли, хотя активность их снижается.

Истерическая форма психогенной депрессии отличается острым началом, капризно-раздражительным оттенком настроения, яркостью и выразительностью высказываний. Наблюдаются функциональные соматовегетативные и легкие конверсионные расстройства, ухудшаются аппетит и сон. Работоспособность снижается: больные с усилием справляются с неотложными делами, испытывая затем выраженную усталость. Сужается круг интересов из-за фиксации на своих переживаниях. Пациентам свойственны эгоцентрические проявления, завышенный уровень притязаний, тенденция к обвинению других, фантазированию. В поведении отмечаются черты демонстративности, склонность к аффективному самовзвинчиванию, как бы подстегивающему и без того свойственную этим больным подвижность эмоциональных и вегетативных процессов. В то же время, несмотря на подобный истерический фасад, ауто-агрессивные тенденции в большинстве случаев являются истинными, суицидальный риск достаточно высок.

Суицидальные тенденции нередко используются вначале для улучшения ситуации; безуспешность подобного поведения может приводить к импульсивным суицидальным попыткам по механизму «последней капли». Мотивацией подобных попыток обычно является «призыв о помощи» или «протест против несправедливости». В постсуициде аутоагрессивные мысли быстро исчезают, несмотря на сохраняющуюся актуальность психотравмирующей ситуации и астено-депрессивную симптоматику.

Отставленная психогенная депрессия развивается спустя какое-то, иногда довольно значительное время после вызывающего события. Все это время личность пытается справиться с переживаниями, но это ей не удается, и постепенно начинают нарастать астено-депрессивные расстройства, отличающиеся фрагментарностью и рудиментарностью симптоматики. На фоне дистимии наблюдаются слезливость, бессонница, повышенная утомляемость, вялость, чувство бессилия. У больных возникает чувство «усталости от жизни», убеждение, что они «сломлены», обречены влачить жалкое существование. После этого у них быстро формируются суицидальные замыслы, они тщательно подготавливают самоубийство, совершают его в одиночестве, обычно оставляют предсмертную записку. Если случайно их удастся спасти, они обычно повторяют суицидальную попытку. Отставленная психогенная Депрессия имеет тенденцию к хроническому течению.

РЕАКЦИЯ ГОРЯ

Реакция горя является самым частым вариантом психогенной депрессии. Она возникает в связи со следующими необратимыми утратами:

- 1) потеря любимого человека в результате его смерти, разлуки, развода или заключения в тюрьму;
- 2) утрата собственности, работы, социального статуса;
- 3) утрата предполагаемого объекта любви (отказ от брака предполагаемого супруга, рождение мертвого или неполноценного ребенка);
- 4) потеря здоровья.

3. Фрейд еще 1895 г. в «Исследованиях истерии» на примере пациентки, находящейся в трауре, показал, что горе, в отличие от меланхолии, не охватывает всю жизнедеятельность человека. В хронологическом порядке он вспоминает сцены болезни и смерти близкого, оплакивает его, продолжая выполнять свою обычную работу. В работе «Печаль и меланхолия» Фрейд указывает на сохранение проверки реальности при переживании траура: «По поводу каждого отдельного воспоминания и ожидания, в котором проявляется привязанность либидо к потерянному объекту, реальность выносит свой приговор, что объект этот больше не существует, и «Я», как бы поставленное перед вопросом — хочет ли оно разделить ту же участь? — всей суммой нарциссических удовлетворений, благодаря сохранению своей жизни, вынуждено согласиться на то, чтобы разорвать свою связь с погибшим объектом» (Фрейд, 2001, с. 266).

Фрейд задается вопросом, который оставляет без ответа: «почему эта компромиссная работа требования реальности, проведенная на всех этих отдельных воспоминаниях и ожиданиях, сопровождается такой исключительной душевной болью?» Ф.Е. Василюк (1991) высказывает предположение, что боль утраты связана не только с разрывом интимной психологической связи, соединяющей человека с умершим, но и с муками творчества. Речь идет о мучительном акте рождения новой субличности — двойника скорбящего, который соединяет его и образ близкого человека в памяти, оставляя остальную личность способной к установлению новых высокозначимых отношений. При этом интериоризированный образ умершего приукрашивается с идеализацией его прижизненных достоинств, что обогащает сферу идеалов скорбящего.

Мелани Кляйн (1940), пережившая смерть матери, описывает появление «двойника» — яркого, нередко устрашающего внутреннего образа, возмещающего недостающий реальный объект утраты. Кляйн указывает, что подобные потери воскрешают депрессивную и параноидно-шизоидную позицию, как будто все хорошие объекты исчезли, и к власти пришли плохие объекты, мстительные и преследующие. Ее пациентка, переживающая горе, чувствовала, наряду со скорбью и болью, воскрешение своего раннего страха быть ограбленной злой и мстительной матерью. Кляйн отмечает также волнообразный характер процесса скорби, когда страдания и мука сменяются фазами приподнятого настроения. Скорбящий то восстанавливает утраченный объект, то с чувством ненависти и триумфа изгоняет его, пока с помощью его интернализации не возродит, казалось бы, разрушенный внутренний мир. Э. Хааз (2000) предполагает, что смена боли утраты другими настроениями не дает траурным страданиям перерасти в муки меланхолии, при которой происходит идентификация с объектом, и тогда совпадают потеря объекта и потеря себя для него.

В. Тэхкэ описывает процесс утраты объекта ребенком как процесс интернализации, в которой выделяет три формы: интроекцию, идентификацию и образование воспоминаний. «Интроекция создает иллюзию присутствия объекта, когда он все еще является необходимым предварительным условием для субъективного психологического существования ребенка. Идентификация, со своей стороны, заменяет объекты структурами Собственного Я, делающими возможным появление индивидуального информативного представления об объекте, которое может быть свободно использовано в фантазии, и тогда с отсутствием объекта можно активно управляться и переносить его. И, наконец, образование воспоминания становится возможным, когда потерянные объекты более не являются главными, связанными с развитием объектами, и их потеря, следовательно, может быть терпима, и представления о них могут храниться теперь в качестве представления из прошлого» (Тэхкэ, 2001, с. 169). Важным признаком успешной проработки потери объекта, по наблюдениям автора, становятся сны субъекта, в которых утраченный объект постепенно теряет свою витальность и часто появляется в качестве умирающего или мертвого.

Тэхкэ обращает внимание на тот немаловажный факт, что потеря главного объекта любви обычно сочетается с дополнительными объектными утратами. В частности, потеря супруга, как правило, влечет за собой потерю определенных друзей и родственников. Если для них данная пара бессознательно представляла эдиповы объекты, то покойный обычно идеализируется, а выживший

становится объектом агрессии, которая усиливается, когда выживший находит новый объект любви, как бы предавая и потерянного партнера, и его друзей и родственников.

Фройланд и Гозман (1977) описывают стадии переживания утраты близкого человека при разводе (см. Кочюнас, 1999).

1. Стадия отрицания: отрицается значение случившегося, разрушенный брак обесценивается.
2. Стадия озлобленности: мысли о супруге вызывают злобу, против него нередко настраивают детей.
3. Стадия переговоров: попытки восстановить отношения с помощью манипуляций (сексуальные отношения, беременность, давление со стороны окружающих).
4. Стадия депрессии: понижается самооценка и настроение, возникает чувство отвержения, а также недоверие к людям, опасение заводить новые интимные отношения.
5. Стадия адаптации: развиваются навыки преодолевать одиночество, решать материально-бытовые, родительские и сексуальные проблемы в новых условиях.

Как отмечает С. Гроф (1996), процесс кончины и смерть могут стать событием, наполненным глубоким смыслом для всех, кто с этим связан. Оно может привести к ощущению соприкосновения с Вечностью, которой подчинено все живое, и это смягчает неизбежное чувство вины у оставшихся в живых («Все там будем»). Сострадание умирающему человеку может повлиять на их представление о смерти, помогает им сформировать образ собственной смерти и подготовиться к ней. При этом у верующих людей скорбь облегчается надеждой на возможность соединения с любимым человеком в загробной жизни.

Н.В. Хамитов (2001) справедливо утверждает, что «мужчины тяжелее переносят утрату жены; женщины гораздо проще могут прийти в себя после смерти мужа — для того, чтобы жить во имя детей. И великодушная природа сделала так, что феномен вдовца значительно более редок, чем феномен вдовы. Вероятно, это является дополнительным объяснением того, что во многих культурах ношение траура по умершему супругу обязательно только для женщины. Как ни странно это звучит, но женщине привычно стать вдовой — такова логика развития вида *homo sapiens*, где мужчины в среднем живут меньше женщин. Бытие женщины включает в себя мысль о вдовстве и бессознательную готовность к нему, бытие мужчины отгоняет эту мысль и готовность. Женщина гораздо проще мужчины смиряется с вдовством, соблюдая все его ритуалы, налагаемые родом. Вдовство мужчины находится по ту сторону разума, вдовство женщины рационально. Одиночество вдовца трагически уникально, одиночество вдовы — это одиночество общности вдов. Дети никогда до конца не заменят вдовцу их матери, вдова находит в заботе о детях не только замену, но и завершение жизни с мужчиной. Она находит материю мужа в детях и успокаивается».

Горе от потери ребенка переживается острее, чем потеря спутника жизни. Родители в этом случае чувствуют себя обманутыми судьбой, лишенными не только каких-то надежд, но и права жить дальше. Они могут переключить внимание на других детей или внуков, горе может сблизить их, однако оно может и разлучить их, а то и подтолкнуть к самоубийству.

Многие скорбящие, чтобы справиться со своим горем, используют следующие формы защитного поведения: поиск «козла отпущения», непрекращающийся траур, роль искупающего вину, самоограничение, частая смена работы и партнеров, соматическая болезнь, суицид.

Частота суицидов среди близких самоубийц по некоторым данным в три раза выше средних цифр. К. Лукас и Г. Сейден (2000) описывают специфику реакции на самоубийство близкого человека. Первая волна эмоций включает шок, отрицание, беспомощность и обвинение. Затем приходит чувство гнева на самоубийцу, сопровождающееся чувством брошенности и вины. Возникают также самообвинения по поводу собственной ответственности за его поступок. Может появиться облегчение, что исчезла раздражающая настоятельная необходимость в заботе или контроле за близким. Во время второй волны эмоций близкие испытывают также стыд перед окружающими и страх снова испытать что-либо подобное — например, пережить в будущем самоубийство детей. Во время третьей волны эмоций близкие самоубийц часто испытывают депрессию со снижением самооценки. Четвертая волна эмоций включает широкий спектр психологических и психосоматических проблем, включая склонность к суициду.

Руководитель крупнейшей психиатрической клиники США В. Меннингер описывает переживания врача после самоубийства его пациента. Вначале его тяготило острое чувство вины, затем постепенно стала нарастать неприязнь к пациенту за совершенное самоубийство. Озлобленность в свою очередь усиливала вину. Покончивший с собой пациент не выходил из головы, его черты виделись у большинства встреченных людей. Мучило чувство стыда перед коллегами, была большая потребность рассказывать им о своей последней беседе с пациентом и выражать сожаление, что не заметил признаков надвигающегося самоубийства. Самой большой поддержкой для этого врача был сочувствующий слушатель.

Автор дает следующие рекомендации в работе с потенциальными самоубийцами и при суициде пациента.

1. Мировоззренческие установки:

- специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;
- самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;
- нельзя предотвратить самоубийство, если пациент действительно принял решение.

2. Тактика при консультировании пациентов с суицидными намерениями:

- необходима бдительность и готовность к неудаче;
- в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;
- необходимо обсудить с коллегами возможность самоубийства пациента как возможный вариант его выхода из кризиса.

Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь пациента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблем.

3. Как реагировать на самоубийство пациента:

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
- вы приобретаете потрясающий опыт;
- не удивляйтесь подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

4. Преодоление последствий самоубийства пациента:

- скорбь — естественная реакция, и все переживают одинаково;
- говорите и переживайте, но без излишнего самообвинения;
- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;
- помните годовщину горестного происшествия, чтобы не оказаться застигнутыми врасплох.

Еще Э. Линдемани в 1944 г. в работе «Клиника острого горя» описал случаи предвосхищающей реакции горя на возможную гибель близкого человека. По мнению автора, предварительная работа горя предохраняет от более тяжелого страдания при получении внезапного известия об утрате. В то же время восстановление прежних эмоциональных отношений с преждевременно оплаканным, но оставшимся в живых человеком оказывается затруднительным. Ю. Власова и А. Щербakov (2001) анализируют предварительную реакцию горя у родственников ВИЧ-инфицированных наркоманов и выделяют следующие ее типичные проявления.

1. Направленные внутрь:

- одереvenение чувств, проявляющееся как эмоциональное обеднение;
- озабоченность темой смерти и похорон;
- кошмарные сновидения про бездну, тьму и больного в виде умершего;
- соматические страдания в рамках субдепрессии;
- фригидность, снижение потенции.

2. Направленные вовне:

- избегание коммуникации с больным на всех уровнях, сокращение контактов до минимально необходимого в плане быта;
- отказ больному под разными предлогами в материальной поддержке;
- табуирование темы СПИДа и отказ от контактов с психологом и врачом больного, даже если ранее подобный контакт активно поддерживался;
- уход в замкнутые религиозные сообщества, где «острая тема» также утаивается, чтобы сочувствие окружающих не «прорвало» относительно контейнированное горе;
- активная помощь тем, у кого умерли близкие, например, обмывание покойника — частичное отреагирование собственного горя, «репетиция» похорон, расчет на чужую помощь в будущем;

- трудность в принятии психологической помощи — страх перед открытием боли;
- враждебные реакции к другим наркозависимым, особенно к тем, кому удалось избежать ВИЧ-инфекции.

Э. Линдемэнн в упомянутой выше работе описал также затяжную реакцию горя, которая принимает форму ажитированной депрессии с напряжением, возбуждением, бессонницей, с чувством малоценности, выраженной тенденцией к самообвинениям и явной потребностью в самонаказании, вплоть до самоубийства. Е.А. Некрасова (2003) перечисляет некоторые особенности поведения скорбящего, по которым окружающие могут понять, что человек еще не переработал утрату:

- длительное (больше года) ношение траурной одежды;
- частое (несколько раз в неделю) посещение кладбища;
- человек окружает себя фотографиями усопшего, разговаривает с ними;
- человек запрещает другим членам семьи трогать вещи покойного, входить в его комнату; ,
- вступая в новый брак, требует от супруги (супруга) выглядеть и вести себя как покойная (покойный);
- дает недавно родившемуся ребенку имя умершего или постоянно сравнивает живых детей и умершего;
- упоминание об утрате вызывает слезы и другие эмоциональные реакции;
- саморазрушительные действия, начавшиеся или усилившиеся после утраты: попытки самоубийства, злоупотребление алкоголем, никотином, наркотиками или транквилизаторами, голодание или переедание, частые травмы, работа «на износ».

Д. Н. Barlow (1988) приводит перечень клинических симптомов патологического (не разрешившегося, затяжного) горя.

1. Отсутствие эмоциональной реакции на утрату в течение двух и более недель с момента известия о смерти («анестезия чувств»).
2. Интенсивное переживание горя в течение нескольких лет.
3. Глубокая депрессия, сопровождаемая бессонницей, чувством никчемности, напряжением, потребностью в самобичевании.
4. Слабовыраженные эмоции; неспособность к эмоциональным переживаниям.
5. Резкие переходы от страданий к самодовольству за короткие промежутки времени.
6. Появление психосоматических болезней (язвенный колит, ревматический артрит, астма и др.) и ипохондрических тенденций.
7. Развитие телесных симптомов, от которых страдал умерший.
8. Сверхактивность: резкий уход в работу или другую деятельность.
9. Неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, зачастую сопровождаемая угрозами, которые не реализуются.
10. Резкое и радикальное изменение стиля жизни.
11. Устойчивая нехватка инициативы или побуждений; неподвижность.
12. Изменение отношений к друзьям и родственникам, раздражительность, уход от социальной активности, прогрессирующая самоизоляция.
13. Суицидальные намерения, планы, разговоры о воссоединении с умершим, желании покончить со всем, самоубийстве.
14. Симптоматика посттравматического стрессового расстройства.

Автор также перечисляет возможные причины остановки начавшегося процесса переработки горя:

- внезапная или насильственная смерть, трагическая гибель близкого;
- самоубийство;
- конфликты с человеком непосредственно перед его смертью, непрощенные обиды;
- причиненные умершему огорчения;
- трагические ситуации неопределенности (когда близкий исчез, без вести пропал, не похоронен);
- умерший человек играл исключительную роль в жизни скорбящего, был для него целью и смыслом жизни; при этом отношения с другими людьми отличались конфликтностью или отсутствовали;
- страх перед интенсивными переживаниями, которые кажутся неконтролируемыми и бесконечными; неверие в свою способность их преодолеть.

А.Н. Моховиков (2001) выделяет несколько форм осложненного горя: хроническое, конфликтное (преувеличенное), подавленное (маскированное), неожиданное, оставленное и отсутствующее. Автор перечисляет следующие причины осложненного горя:

- а) внезапная или неожиданная утрата;

- б) утрата, вызвавшая двойственные чувства, прежде всего гнев и самообвинение;
- в) утрата, с которой были связаны отношения чрезмерной зависимости, породившие отчаянную тоску;
- г) множественные утраты на протяжении незначительного времени;
- д) отсутствие систем поддержки личности или жизнеобеспечения.

Дж. В. Ворден (см.: Сидорова, 2001) выделяет четыре задачи горя, отмечая их сходство с теми задачами, которые решает ребенок по мере сепарации.

Первая задача горя — признание факта потери вопреки отрицанию факта потери, ее значимости или необратимости. Отрицание факта потери может выглядеть как фетишизация вещей покойного, перенос отношения к нему на другого. Отрицание значимости утраты проявляется в поспешном избавлении от вещей покойного, его обесценивании и избирательном забывании чего-то, связанного с ним. Отрицание необратимости утраты состоит в надежде на восстановление утраченной связи магическим способом: заклинаниями, спиритическим общением, рождением «такого же» ребенка.

Вторая задача горя заключается в том, чтобы пережить боль потери. При этом наблюдается отрицание боли и других мучительных чувств или желаний, чему способствует идеализация образа покойного, а иногда и неуместная эйфория. Воспоминания о покойном ослабевают с помощью психоактивных веществ, трудоголизма, калейдоскопа путешествий — своего рода дромомании. Третья задача горя — это реорганизация жизни без покойного. Потребности, которые удовлетворял покойный, теперь надо научиться удовлетворять самому или найти для этого других людей. Некоторые зависимые и созависимые женщины, потеряв объект поддержки или заботы, сталкиваются с теми областями жизни, которых раньше избегали, поэтому и чувствуют себя беспомощными или ненужными.

Четвертая задача горя состоит в том, чтобы выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить. Выполнение этой задачи блокируется запретом на новую любовь, фиксацией на прошлой связи или избеганием риска вновь столкнуться с утратой близкого человека. Работу горя можно считать завершенной тогда, когда скорбящий вновь чувствует интерес к жизни, освоил новые роли, создал новое окружение и может функционировать в нем соответственно своему социальному статусу и складу характера.

В. Франкл (2001) находит смысл горя в том, что переживание тяжести разлуки оставшимся в живых избавляет от душевных мук того, кто ушел из жизни первым. Классическим стал следующий пример. Практикующий врач в течение года переживал безутешное горе по поводу кончины супруги. Франкл поставил перед ним вопрос:

— Что произошло бы, доктор, если бы вы умерли первым, а вашей жене пришлось бы пережить вас?

— Не могу себе даже вообразить, моя жена была бы в отчаянии.

— Видите, случившееся избавило Вашу жену от страданий. Вы избавили ее от этого, конечно, ценой того, что теперь сами должны ее оплакивать.

В мгновение ока страдание этого человека обрело альтруистический смысл, привычный для его профессии.

В группе для выявления смысла жизни клиента автор применяет метод «логодрамы». Так, женщина совершила суицидальную попытку после смерти 11-летнего сына, оставшись одна со старшим сыном, пораженным детским параличом. Франкл предложил другой женщине в группе вообразить себя бездетной карьеристкой 80-ти лет, подводящей итог своей жизни. Эта женщина признала прожитую жизнь бесцельной. Затем Франкл попросил мать сына-инвалида оглянуться на свою жизнь, и женщина поняла, что сделала жизнь своего старшего сына более легкой и тем самым наполнила смыслом и свою жизнь.

Собственные наблюдения. Нами выделено 8 этапов течения реакции горя. При этом следует учесть, что реакция может останавливаться на любой из них. Задачей психотерапии является последовательное проведение пациента через все описанные ниже этапы с целью разрешения реакции.

1 этап — с элементами эмоциональной дезорганизации. Кратковременный период, длящийся от нескольких минут до нескольких часов. Наблюдается сильнейшая вспышка негативных чувств: паники, гнева, отчаяния. Характерна аффективная дезорганизация поведения с временным ослаблением волевого контроля. Часто встречается защита в виде отрицания факта утраты: «Это неправда!». Пропадает аппетит, замедляются реакции, появляется мышечная слабость.

В это время необходимо быть рядом со скорбящим, не пытаться разговаривать или отвлечь его. Выражать свое сочувствие лучше через прикосновение, оставляя за страдающим человеком право не

принять руку помощи.

2 этап — гиперактивность. Может продолжаться до 2-3 дней. Пациент развивает бурную деятельность с оживлением образа умершего, неосознанно воспроизводит особенности его поведения и речи. Настроение колеблется от дистимического (тревно-раздражительной подавленности) — обычно с преобладанием тревоги — до эйфорического. В ряде случаев развивается эмоциональное притупление без фиксации на переживании горя. Таким образом, на данном этапе реакции может наблюдаться поведение, личностный смысл которого заключается в отрицании смерти. Следует побуждать скорбящего к обсуждению травмирующих переживаний, не останавливая его, когда он начинает плакать. Полезно собрать небольшую группу людей, знавших умершего и попросить их говорить о нем в присутствии пациента.

3 этап — напряжение. Длится до недели. Наблюдается крайняя степень психофизического напряжения с маскообразностью лица и невозможностью расслабиться, спазмами в горле, молчаливостью. Состояние общей скованности изредка прерывается суетливой активностью или судорожными вздохами с характерным укороченным вдохом. Аппетит отсутствует, имеют место ангедония, безразличие, психическая анестезия. Подобное состояние гениально выражено в трагической мольбе Ф. Тютчева:

О Господи, дай жгучего страданья И мертвенность души моей рассей: Ты взял ее, но муку вспоминанья, Живую муку мне оставь по ней.

На этом этапе нередко эпизоды уходов в себя, когда сознание скорбящего целиком заполнено ассоциациями, связанными с утратой; при этом страдают внимание, память и умственная работоспособность. Попытки переключить внимание индивида на реальность вызывают у него раздражение. Личностный смысл описанного поведения можно оценить как отказ от внешнего мира, каких-либо внешних проявлений и даже желаний. По-видимому, нарастает идентификация с покойным.

4 этап — поиск. Развивается на протяжении второй недели после получения известия об утрате, факт которой по-прежнему субъективно не принимается. Пациент избегает разговоров об утрате, боится, что не переживет ее боль. Сохраняется дистимический фон настроения. Мир воспринимается как потускневший, окружающая жизнь — как потерявшая смысл. Индивид продолжает жить внутренней жизнью, в которой центральное место по-прежнему занимает объект утраты. Его образ ярко продуцируется в воображаемой жизни и начинает проецироваться в реальность.

Пациент говорит об умершем в настоящем времени, ожидает его появления, мысленно разговаривает с ним, принимает за него случайных прохожих, при этом сразу же оживает надежда на возможность встречи с объектом утраты. Пациенты могут слышать его шаги, обращающийся к ним голос. Подобные обманы восприятия обычно наблюдаются в форме иллюзий, гипнагогических (при засыпании) и гипнопомпических (при пробуждении) галлюцинаций.

Данная стадия может протекать в двух вариантах: тревожном и оппозиционном; между ними наблюдаются взаимные переходы.

Тревожный вариант — пациенты озабочены своим положением, ухудшившимся в результате смерти значимого другого. Они обеспокоены тем, что без него не справятся с возникшими трудностями, склонны преувеличивать их тяжесть, а также возможности умершего, и одновременно преуменьшать возможности свои и окружающих. Многие пациенты с тревогой обнаруживают у себя проявления болезни, от которой умер близкий, и опасаются по поводу своих болезненных ощущений и переживаний.

Оппозиционный вариант — особенно выражен в случаях смерти человека, который, одновременно с любовью, вызывал у пациента и чувство враждебности, подавляемое из-за выраженной психологической зависимости или особенностей воспитания. Пациент напряжен, раздражителен, обидчив, придирчив, ворчлив. В смерти партнера он обвиняет врачей, родственников, иногда готовится каким-либо образом наказать их. В редких случаях пациенты критикуют самого умершего, высказывают в его адрес запоздалые обиды и упреки.

Личностный смысл реакции на описанной стадии при ее тревожном варианте заключается в поиске утраченного лица в качестве защитника. При оппозиционном варианте скорбящий испытывает потребность отреагировать подавляемые ранее враждебные чувства к умершему и ищет для этого объект идентификации с ним. Используется такая примитивная личностная защита, как вера в чудо,

благодаря которой сохраняется иллюзорная надежда каким-то образом вернуть умершего.

Иногда близкие пациента или неопытные профессионалы дают ему ошибочные рекомендации избегать всего, что напоминает о покойном: спрятать его вещи и фотографии, сменить интерьер и даже место жительства. Ошибкой является также попытка вызвать к моральным установкам пациента с целью прекратить враждебные выпады против покойного или людей, пытавшихся его спасти. Даже стремление защитить пациента от самоупреков может привести к переносу агрессии на психотерапевта и отказу пользоваться его помощью. В таких случаях временным выходом может стать привлечение посредника из ближайшего окружения пациента, который бы взял на себя роль проводника влияния психотерапевта.

Необходимо тщательно выслушать как тревожные, так и агрессивные высказывания пациента, что способствует их отреагированию и разрядке подавленного негативного аффекта. Содержание враждебных высказываний не оспаривается и не подкрепляется. Первое необходимо для того, чтобы избежать конфронтации и сохранить терапевтический контакт, второе — для того, чтобы не повысить уровень агрессии, что чревато переходом в ауто-агрессивное, суицидальное поведение. После уменьшения в результате отреагирования тревоги следует авторитетно заявить, что беспокойство пациента по поводу своего состояния связано с отсутствием у него информации о психогенных нарушениях функций и предоставить ему такую информацию.

Человека, продолжающего общаться с воображаемым образом покойного, не стоит грубо разубеждать в иллюзорности его переживаний — пусть разлука будет постепенной. При наличии опасений, связанных с обманами восприятия, необходимо обратить внимание пациента на его способность контролировать свои симптомы, а также разъяснить, что болезненный аффект и связанные с ним образные переживания имеют тенденцию к обратному развитию после достижения своего пика. Если такой пик еще не наступил, с согласия пациента проводится сеанс гипноза, в котором внушается образ значимого другого, который прощается с пациентом и обещает больше его не беспокоить. Поскольку образ умершего доминирует в психической жизни пациента, он легко оживляется уже на I стадии гипноза. Сеанс заканчивается мотивированным внушением пациенту мысли о том, что покойный любил пациента и только радовался бы тому, что тот будет жить счастливой полноценной жизнью.

Полезно также обратить внимание пациента на то, что он может теперь, как и во время сеанса, так и после него, самостоятельно вызывать образ умершего в воображении и прекращать его переживание по собственному желанию. Такое установление психического самоконтроля, хотя бы и в результате суггестии, способствует ликвидации тревожных ожиданий пациента.

5 этап — отчаяние. Развивается на 3-6 неделе течения реакции. Это период максимальных душевных мук, отражающихся на лице пациента в виде маски застывшего страдания. Возникают приступы панического страха или необъяснимого плача, наблюдаются резкие смены настроения, повышенная психическая истощаемость, невозможность сосредоточиться и вспомнить что-либо, ослабление мотивации. Пациенты жалуются на чувство пустоты и бессмысленности жизни, страх и тревогу, высказывают мысли об одиночестве и беспомощности, собственной вине, малоценности, а также выражают отчаяние по поводу невозможности примириться с утратой. На высоте самобичевания и переживания утраты смысла жизни возможно появление суицидальных мыслей как самонаказания или возможности соединиться с умершим. Наблюдается также склонность причинять себе боль: пациенты просят назначить им инъекции и другие болезненные способы лечения, готовы участвовать в различных медицинских и психологических экспериментах, настаивают на радикальной перестройке их личности. Объект утраты идеализируется, а окружающие, напротив, подвергаются критике. Отношения с ними становятся формальными, пациенты проявляют раздражительность, уединяются, отказываются от контактов.

Максимально выражены соматические расстройства: затрудненное дыхание, мышечная слабость, тремор, ощущение резкой усталости даже при отсутствии физической активности, ощущение пустоты в желудке, стеснения в груди, кома в горле, повышенная чувствительность к запахам. Отмечается снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушения сна. На высоте переживаний возникает загрудинная боль (психалгия), сопровождаемая выраженным беспокойством.

Психотерапевт должен учитывать, что в данной фазе реакции пациент прощается не только со значимым другим, но и с теми актуальными потребностями собственной личности, которые не успели удовлетвориться в связи с уходом значимого другого из жизни. Это могут быть незавершенные совместные дела, невыполненные обещания, непращенные обиды... Все это остается в виде

мучительных вопросов без ответов, целей, которые невозможно достичь, средств, которые теперь стали ненужными.

Задачи психотерапевта на данном этапе в первую очередь состоят в том, чтобы рассмотреть с пациентом и найти в его жизни возможности для удовлетворения фрустрированных потребностей. Указанная задача решается в ходе проблемно-ориентированной терапии и способствует перестройке когнитивной сферы пациента. После этого удастся перейти к следующему психотерапевтическому приему.

Пациент погружается в грезоподобные воспоминания, связанные с ушедшим из жизни. Поощряется тенденция к «приукрашиванию» — эстетизации и идеализации образа умершего в памяти. В результате он занимает важное место в когнитивной сфере личности пациента — например, как символ доброты, душевной красоты, верности и благородства. Таким образом, происходит конструктивное разделение личности на активно действующую в реальном мире и ушедшую из нее часть личности, которая погружается во внутренний мир пациента, в его память в виде идеала, что приводит к гармонизации личности и ее росту.

6 этап — с элементами демобилизации. Наступает в случае неразрешения этапа отчаяния. Наблюдается ограничение контактов или отказ от них, а также частичный отказ от деятельности, которая оказалась возможной лишь по инициативе партнера и в постоянном сотрудничестве с ним. Пациенты жалуются на физическую слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита и работоспособности, чувство беспомощности, безнадежности, одиночества, ненужности. Повышается раздражительность, обидчивость, вспыльчивость, снижается терпимость в отношении фрустрации. Из-за снижения иммунитета часты заболевания простудного и инфекционного характера.

Такие пациенты обычно отказываются от индивидуальной психотерапии, они пассивно, формально участвуют в беседе с врачом. Более эффективным является включение их в кризисную группу, где более опытные участники ободряют их своим опытом преодоления болезненных эмоций, создавая тем самым оптимистическую лечебную перспективу и способствуя, наконец, завершению процесса переживания горя. Следует лишь учесть, что для облегчения идентификации и повышения терапевтической активности необходимо вводить в кризисную группу одновременно два таких пациента. В то же время включение в группу более двух пациентов, находящихся в подобном состоянии, может серьезно охладить рабочую атмосферу группы и тем самым снизить ее эффективность.

7 этап — разрешение. Может продолжаться несколько недель. Восстанавливается докризисное состояние, наступает примирение с жизнью без значимого другого, поскольку он живет теперь «в сердце» — в памяти индивида. Подобное состояние А. Пушкин выразил всего тремя словами: «Печаль моя светла». Обычно на сороковой день траура, особенно если горе человека разделяют его близкие, боль утраты смягчается. Иногда этого не происходит — возможно, из-за неосознанного желания показать ушедшему из жизни свою любовь. В таком случае можно указать на то, что любимый человек не хотел бы вечных страданий близких и сам бы жестоко страдал при виде этих мучений. Скорее он хотел бы, чтобы оставшиеся в живых полнее прожили свою жизнь — и за себя, и за него. Свою любовь к нему лучше проявить конструктивно: завершить его незаконченные дела.

8 этап — рецидивирующий. Длится до двух лет. Наблюдаются эпизоды болезненных переживаний, приуроченных к определенным датам: день рождения или Новый Год впервые без умершего. Актуализация конфликта может наступить и под влиянием событий типа «обидели, а пожаловаться некому», или «такой успех, а некому мной гордиться».

Наблюдающиеся в подобных ситуациях приступы горя могут быть такими же острыми, как и непосредственно после утраты. Более того, на фоне благополучного существования, в отсутствие мобилизации адаптационных механизмов негативные переживания могут застать личность врасплох. Субъективно они переносятся зачастую еще более болезненно и могут стать малопонятной для окружающих причиной попытки самоубийства. Поэтому очень важно продолжать поддерживающую психотерапию лиц, тяжело и долго переживающих утрату значимого другого, как минимум, на протяжении года, причем частые короткие встречи с пациентом предпочтительнее редких и длительных. Большую роль в такой поддержке играет посткризисная группа, работающая по принципу Клуба бывших пациентов и помогающая своим членам пережить самое тяжелое для них время в жизни. Необходимо также мобилизовать для оказания психологической поддержки скорбящего членов

его семьи, близких, друзей и сотрудников или соучеников.

©Когда придет тетушка с подарками и спросит: «Где наш малыш, сестра?»,
Мать тихо скажет ей: «Он в зрачках моих глаз. Он в моем сердце и в моей душе».
Рабиндранат Тагор. «Конец»

Клиническая иллюстрация

Р-цев Е.Г., 26 лет, находился в Кризисном стационаре 60 дней.

Анамнез. Психопатологическая наследственность не выявлена. Единственный ребенок в семье. Мать мягкая, добрая, с ней всегда был откровеннее, чем с отцом. Отец был кумиром семьи, являлся для сына недостижимым идеалом; сын восхищался его оптимизмом, общительностью, удачливостью во всех делах. Воспитывался дома бабушкой, рос в изоляции от сверстников. Бабушка перекармливала внука, он страдал избыточным весом, его дразнили «колобком», он из-за этого очень сильно переживал. Рос тихим, застенчивым, любил рисовать, читать художественную литературу, мечтать.

Учился хорошо, предпочитал гуманитарные предметы, имел немногочисленных друзей. После окончания школы по примеру отца поступил в МФТИ. Первые два курса учился старательно, имел хорошие оценки по всем дисциплинам. На третьем курсе интерес к учебе снизился, принимал активное участие в работе драматического коллектива института, увлекся студенткой, игравшей главные роли, долго добивался ее взаимности, все свободное время проводил рядом с ней, «как паж»; через год они сблизились. Успешно закончил вуз, по распределению работал инженером в НИИ, работа была связана с командировками, широким кругом общения, тяготился ею.

Отношения с девушкой, которую полюбил в студенческие годы, продолжались уже 6 лет; последние полтора года на ее условиях: встречи проходили только по ее инициативе, она не давала определенных перспектив на брак. Решил окончательно выяснить отношения в день своего 25-летия. Его любимая пришла поздравить его с днем рождения, на его настойчивое предложение вступить в брак категорически заявила, что не представляет его в роли своего мужа, ему до этого «надо дорасти». После возникшей ссоры она не осталась ночевать, запретила ему искать с ней встреч.

В течение последующего месяца переутомлялся в длительной ответственной командировке, пытался забыть в работе, но не мог отвлечься от своих переживаний. Настроение стало безрадостным, нарастало чувство тревоги. После командировки безуспешно пытался составить отчет о ней, опасался, что подведет сотрудников отдела, оставит их без годовой премии. Не мог сосредоточиться на умственной деятельности, чувствовал, что «поглупел», избегал общения с сотрудниками, чтобы они не заметили его состояния, при попытках завязать с ним разговор требовал, чтобы его оставили в покое.

Отношения с родителями стали неискренними: переживал, что он в профессиональном плане не оправдал их ожиданий. Делал вид, что у него на работе все благополучно, опасался, что отец узнает об истинном положении вещей от своего приятеля, начальника сына. Запрещал себе думать о возлюбленной, увеличил до больших размеров ее фотографию в купальнике, повесил фотопортрет над кроватью в своей спальне; имел многочисленные половые связи. Испытывал в это время чувство, что утверждается в собственных глазах и глазах любимой.

За месяц до поступления появилось безразличие ко всему, в том числе и к самой жизни. Считал, что не состоялся ни как профессионал, ни как мужчина. Не видел перспектив, появились мысли о смерти как единственном достойном выходе из сложившейся ситуации. На ноябрьских праздниках позвонил любимой, чтобы услышать ее голос «в последний раз», так как решил расстаться с жизнью. Втайне все же надеялся, что девушка вернется к нему, пусть даже на прежних, унижительных для него условиях. Однако этого не произошло, она разговаривала с ним холодно, формально, была недовольна его звонком.

В ночь с 7 на 8 ноября написал родителям предсмертную записку, в которой просил прощения за все неприятности, которые доставил им «своей жизнью и смертью», просил передать любимой пожелания счастья и не обвинять ее в случившемся. Скальпелем нанес себе глубокие порезы в области левой локтевой вены, аккуратно свесил руку в лоточек, ватным тампоном постоянно расширял рану, чтобы усилить кровопотерю. Наутро был обнаружен отцом без сознания, на машине «скорой помощи» доставлен в психосоматическое отделение городской клинической больницы № 20. Была произведена первичная хирургическая обработка раны, наложены швы и иммобилизационная гипсовая повязка. Через неделю швы были сняты и пациент после длительных убеждений переведен в Кризисный стационар.

Соматоневрологическое состояние. Выраженная бледность кожных покровов, рубец от пореза на коже в области левой локтевой ямки. В остальном без явной патологии.

Психическое состояние. Выражение глаз страдальческое, глаза полуприкрыты, двигательно заторможен. Голос тихий, маломодулированный, ответы односложные. Вял, контакт формальный, безразличен к беседе. Жалуется на тоску, тревогу за будущее, которое представляется мучительным, пустым. Отгоняет эти мысли, старается проводить время в полузабытии. Свою суицидальную попытку оценивает негативно, осуждает себя, так как не подумал о родителях, не ожидал, что они будут так сильно страдать. Одновременно критикует себя за то, что «даже уйти из жизни как мужчина не сумел». Испытывает чувство стыда за свою слабость, несостоятельность, чувство неполноценности. Не верит в успех лечения, предлагает выписать его домой, чтобы освободить место для того, кому можно помочь. Соглашается пройти курс общеукрепляющего лечения с тем, чтобы после него мог сам справиться со своими проблемами. Вместе с тем признает, что не видит сейчас выхода из сложившейся ситуации. Не отрицает, что в случае неудачи может покончить с собой, при этом оживляется, облегченно вздыхает, улыбается.

Психологическое обследование. Испытуемый замкнут (более по состоянию на настоящее время, чем по структуре личности). Контакт с ним устанавливается с трудом. Опасения испытуемого в отношении намерений окружающих (и, в частности, исследователя), сомнения в том, какую оценку он получит со стороны, значительно повышают напряженность и некоторую враждебность, а это существенно снижает продуктивность его мышления.

По складу своему испытуемый сенситивен и инфантилен. Патологических структур в мышлении и восприятии (несмотря на низкий уровень мыслительной продукции) не наблюдается. Настоящее состояние (по совокупности экспериментальных данных и психологических показателей) следует считать реакцией на продолжительный период стрессовых нагрузок.

Отмечается повышенная утомляемость, порождающая раздражение и частичный отказ от деятельности. В паузах часто возвращается к своей ситуации, обнаруживая больше желание обсуждать значимую для себя тему, чем решать конкретно поставленные задачи. Пытается оправдать неудачные ответы и решения: «Я стал какой-то другой, туповатый, неполноценный, мысли разбегаются». В процессе работы у пациента ослаблено активное внимание, он рассеян, забывчив, быстро устает, но признается в этом с неохотой.

Выявляется высокая сенситивность при восприятии внешних раздражителей и ситуаций, которая объясняется, с одной стороны, художественностью и нестандартностью восприятия и возбудимостью эмоциональной сферы психики, с другой стороны — противоречащей этой нестандартности структурой мышления, вполне конформного, достаточно банального. Такое сочетание само по себе составляет значительную личностную трудность, поскольку эти две тенденции являются разнонаправленными, что служит источником повышенной напряженности. Положение усугубляется завышенной вербальной самооценкой по ряду эмоционально-волевых качеств, по-видимому, относящихся к идеальному «Я». Испытуемый высказывает желание достичь еще более высоких показателей, но в то же время считает себя неудачником, несчастным. Реальное представление о себе оказывается плохо вербализованным и слабо расчлененным. Описание себя в реальном и желаемом планах затруднено.

Уровень субъективного контроля пациента над собственными достижениями неоднозначен. Испытуемый считает свои действия важным фактором в организации собственной профессиональной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, тогда как в семейно-личных отношениях большая значимость приписывается позиции и поступкам партнера. В качестве комплекса желаемых целей у пациента выступает потребность в успехе, в признании, стремление к преодолению преград и сопротивления, к большей самостоятельности в принятии решений и инициативности. Он готов к близким эмоциональным контактам, очень нуждается в них, однако пытается избежать конфликтов и волнений, чтобы уменьшить эмоциональное напряжение, которое плохо переносит. В реальном поведении это проявляется в поиске безопасности и такого положения, в котором его не беспокоили бы никакие требования. Наиболее актуальным болезненным для испытуемого является фрустрированная потребность в семье, нереализованное желание отцовства.

Общение строится избирательно. Наблюдается относительно высокий уровень агрессивности, выражающийся главным образом во внутренних установках, мало затрагивающих формы внешнего поведения. Вышеописанные сочетания психологических тенденций в настоящее время ведут к преобразованию агрессии в аутоагрессию и резко повышают суицидальную готовность испытуемого.

Заключение. Отставленная психогенная депрессия у акцентуированной личности, постсуицидальный период.

Лечение: амитриптилин 75 мг в сутки, ноотропил 0,8 утром и днем, биостимуляторы; индивидуальная, семейная и групповая психотерапия. В процессе лечения длительно сохранялась астено-депрессивная симптоматика, дистимический фон настроения со слезливостью, вялостью, ощущением бессилия. Обвинял себя в том, что оказался эгоистичным сыном, был готов допустить

правомерность негативного отношения родителей к его подруге. В присутствии врача и по его инициативе встретился с любимой, молча выслушал ее требования об окончательном разрыве отношений, после этого ночь не спал, «без мыслей смотрел в потолок», удивлялся своему безразличию. На другой день в беседе с врачом впервые за долгое время расплакался, высказывал суицидальные мысли. После раскрытия и отреагирования переживаний горя, обиды, разделенных врачом, успокоился. Заявил, что считает бывшую возлюбленную недостаточно чуткой, так как она никогда не могла и не хотела поддержать его: «Это всегда была игра в одни ворота».

Вскоре почувствовал расположение к молодой сотруднице, которая часто навещала его в больнице, высказывал сожаление, что раньше не замечал, «какой она хороший товарищ». В то же время сохранялась эмоционально-сексуальная зависимость от бывшей подруги.

Постепенно окреп, включился в работу кризисной группы. На групповых дискуссиях раскрывался неохотно, опасаясь испытать чувство несостоятельности. Был больше ориентирован на мнение руководителя группы. В то же время охотно принимал участие в ролевых играх, критически отнесся к выявившимся у него неадаптивным установкам в социально-престижной и интимно-личной сферах. Была выработана мотивация к проведению амбулаторной групповой терапии, принимал активное участие в работе Клуба бывших пациентов при стационаре, подготовил вечер отдыха.

Катамнез: 6 лет. После выписки из стационара организовал группу общения у себя на дому, пригласил руководить ею бывшего лечащего врача. Некоторое время продолжал встречаться с сотрудницей, под ее влиянием научился кататься на горных лыжах, увлекся этим видом спорта, окреп, приобрел новых друзей. Относительно легко пережил замужество своей бывшей возлюбленной, сам вскоре женился на женщине, с которой занимался в группе общения, имеет от этого брака дочь трех лет. С женой отношения сложные, тяготился ее лидерством, обижался на ее категоричность, недостаточную нежность. За год до катамнестического обследования полюбил другую женщину, оформил развод и создал новую семью, где чувствует, по словам пациента, себя «не мальчиком, но мужем». Отношения с первой женой и дочерью сохранил, старается помогать им материально. С этой целью оставил работу над кандидатской диссертацией, перешел из НИИ в совместное предприятие, где нашлось применение его способностям в области технического дизайна. Очень увлечен этой работой, продолжает кататься на горных лыжах, вполне удовлетворен своей профессиональной и семейной жизнью.

Анализ наблюдения. На формирование личности пациента наложило отпечаток изнеживающее воспитание, изоляция от сверстников, их насмешки, ориентация на недостижимый для мальчика идеал отца-«супермена».

Пациент отличается выраженной сенситивностью, повышенной привязчивостью, обостренной реакцией на отношение к себе, у него отмечается неадекватное его недостаточно развившимся возможностям стремление подражать отцу; переживание неудач сопровождается актуализацией чувства неполноценности.

Суицидальный эпизод возник на фоне длительной психотравмирующей ситуации в ведущих для пациента жизненных сферах: семейно-личной и профессионально-престижной. Важную роль в дезадаптации сыграла неоднократная смена надежды и отчаяния в отношении матримониальных планов. Дополнительным декомпенсирующим фактором послужило переутомление, окончательно ослабившее защитные психологические механизмы. Суицидальная попытка была предпринята на фоне развившейся депрессии с выраженным падением энергетических ресурсов личности. Был избран тяжелый, тщательно подготовленный способ самоубийства, совершенного в одиночестве, с оставлением предсмертной записки, в которой пациент пытался реабилитировать возлюбленную в глазах своих родителей.

Личностный смысл суицида заключается в самонаказании, имеются также тенденции к протесту и избеганию страданий. Постсуицид суицидально-фиксированный, с сохраняющейся склонностью к самообвинениям, пессимистическим отношением к своим возможностям и своему будущему, что связано с сенситивной акцентуацией личности, а также выраженными астено-депрессивными проявлениями, длительно наблюдавшимися после тяжелого суицида.

Основным методом терапии явилась семейная кризисная психотерапия, проводимая в связи с конфликтом пациента и его возлюбленной, твердо решившей прекратить отношения с ним. Задача терапии вытекала из указанной установки партнерши и заключалась в помощи пациенту в разделении его переживаний горя, обиды, чувства несостоятельности, мобилизации личностной защиты, актуализации связи с ближайшим окружением.

Кроме того, с целью профилактики повторных суицидальных попыток была осуществлена когнитивная перестройка неадаптивных установок в интимно-личной и социально-престижной сфере. При этом был учтен опыт участия пациента в художественной самодеятельности, что позволило использовать методику ролевого тренинга, давшую пациенту возможность испытать чувство

собственной компетентности и успешности, важное для повышения самооценки, сниженной в результате кризиса.

В социально-психологической реадaptации пациента сыграли роль несколько факторов. Прежде всего четкое и окончательное разделение с бывшей возлюбленной, которое произошло в процессе кризисной психотерапии, а также поддержка новой подруги; групповая работа, начатая в стационаре и продолженная после выписки в амбулаторных условиях; занятия спортом; расширение круга общения. Все это послужило занятию пациентом более активной, самостоятельной жизненной позиции, повышению его уровня самопринятия, уверенности в своих возможностях. В то же время в первом браке он занял подчиненное положение, которое, по-видимому, вначале устраивало его, а затем стало все больше тяготить. И лишь во втором браке реализовалась потребность пациента (возможно, в подражание отцу) играть лидирующую роль в семье. Стабилизации социально-психологического статуса, очевидно, способствовала также смена профессиональной деятельности на другую, более соответствующую художественным наклонностям пациента.

©«Здесь погребен мистер Джеральд Бэйтс, чья безутешная вдова Энн Бэйтс проживает по Элмстрит, 7, и в свои 24 года обладает всем, что только можно требовать от идеальной жены».

Эпитафия на могиле Дж. Бэйтса в г. Чарльстоне, Южная Каролина, США

КОНФЛИКТ ЗАВИСИМЫХ ОТНОШЕНИЙ

Никто не умирает от недостатка секса. Умирают от недостатка любви.

Маргарет Атвуд

Конфликт зависимых отношений описан нами как самая частая основа суицидоопасных реакций, независимо от их формы. Такие реакции возникают как результат межличностного и внутриспсихического конфликта — между зависимостью кризисного индивида от объекта эмоциональной привязанности и осознанной необходимостью в освобождении от зависимых отношений. Характерно, что у женщин кризисные реакции возникают непосредственно во время развода или сразу после него, а у мужчин — спустя год-полтора.

К любовной зависимости особенно склонны истероидные женщины с чрезмерно экспрессивным, театральным и инфантильным стилем поведения. Такая женщина демонстрирует непродолжительный, наигранный и поверхностный аффект, она легко возбуждается и так же легко пресыщается. Стилль ее речи слишком выразительный, импрессионистский, неточный. Женщина чувствует дискомфорт в ситуациях, когда она не является объектом внимания. Для нее характерны неуместные проявления сексуального обольщения в поведении, постоянное использование своей внешности и манипуляции людьми для привлечения к себе внимания. Для таких женщин типичными являются самовзвинчивание, внушаемость, подверженность влиянию людей или обстоятельств, понимание межличностных отношений как более интимных, чем в действительности. Она плохо обучается из-за не критичности мышления, хаотичности, беглости и неточности суждений. Объективная правда как по отношению к другим, так и к самому себе отсутствует. В зависимости от роли истероидная личность проявляет высокомерие и унижение, упрямство и подчиняемость. В поисках стимуляции такая личность ведет себя необдуманно и импульсивно, она склонна к мимолетной восторженности, легким приключениям и близорукому гедонизму.

Для психодинамики характерны следующие защиты. Фантазии, эмоциональность и театральный стиль поведения. Импрессионистское и обобщенное мышление. Подавление, отрицание, идентификация, отыгрывание действием, конверсия (психогенные нарушения органов чувств и двигательной сферы), соматизация (психосоматические расстройства), диссоциация и экстернализация (приписывание своих внутренних конфликтов внешним факторам). Ложная идентификация и амбивалентные отношения с родителем противоположного пола. Патологическая фиксация на раннем генитальном уровне развития обуславливает страх перед сексуальностью, несмотря на склонность к обольщению.

Характерны следующие когнитивные искажения:

- 1) я обаятельная, яркая;
- 2) они чувствительные, восхищающиеся;
- 3) я могу руководствоваться своими чувствами;
- 4) основная стратегия поведения — использование истерик, обаяния; вспышки раздражения, плач; суицидные попытки.

В проведенном нами исследовании пациенты Кризисного стационара, переживающие конфликт

с брачным или любовным партнером, были разделены на две возрастные группы: до 30 лет и старше. Пациенты первой подгруппы (64 человека), как правило, отличались завышенным уровнем притязаний по отношению к объекту эмоциональной привязанности, ожиданием от него максимального внимания.

В старшей возрастной подгруппе (52 человека) преобладали пациенты, отличающиеся чрезмерной чувствительностью, завышенными требованиями к себе. Они были склонны винить себя в разрыве отношений, переживая при этом чувство унижения и собственной несостоятельности.

У 22 пациентов кризисное состояние было обусловлено детско-родительским конфликтом. Данная группа была представлена, с одной стороны, молодыми пациентами в возрасте 18-25 лет (15 человек), а с другой стороны — людьми 40-50 лет (7 человек). Пациенты первой возрастной подгруппы принимали участие в данных конфликтах в качестве детей. У них преобладали переживания по поводу невозможности самостоятельно освободиться от строгого гиперконтроля родителей. Эти переживания сопровождались суицидоопасными реакциями протеста. Пациенты второй подгруппы занимали родительскую позицию и испытывали опасения по поводу возможности своего ребенка (молодого человека, девушки) самостоятельно справиться с жизненными трудностями. Их тревожные реакции на попытки ребенка обрести независимость также включали в себя суицидальные переживания.

Для пациентов в возрасте до 30 лет в ряде случаев (38 человек) были актуальными супружеские конфликты, возникшие на фоне конфликтов с родственниками. В основном эта группа была представлена пациентками, конфликтовавшими со свекровью. Муж пациентки в этой ситуации оказывался «между двух огней», так как обе женщины требовали от него отказаться от эмоциональной привязанности к другой. Суицидоопасные реакции, как правило, являлись следствием длительной борьбы за сохранение семьи. В большинстве случаев пациентки в силу различных причин не пользовались поддержкой своих родственников, проживали с мужем у его родителей, отличались повышенной ранимостью и возбудимостью.

Выявлено несколько вариантов личностных черт, создающих возможность формирования данного конфликта:

- 1) супруг нужен как интеллектуальный лидер;
- 2) астеничность, невыносимость к стрессу и фрустрации;
- 3) конформность, несамостоятельность;
- 4) супруг нужен для контроля над неустойчивой эффективностью;
- 5) высокая коммуникативная избирательность, привязчивость;
- 6) склонность к доминированию или подчинению.

Объединяет описанные варианты внешний локус контроля, делающий индивида зависимым от значимого другого (ЗД), на которого возлагается ответственность за собственное благополучие. Именно данный механизм мешает индивиду освободиться от зависимых отношений, когда он сознательно стремится к этому.

Конфликтной ситуации предшествует период эмоциональной фиксации на избраннике, которая сопровождается «ценностным сужением», когда его ценность резко доминирует над другими. Конфликт затрагивает все сферы психики. Так, на эмоциональном уровне борются, с одной стороны, — обостренные по механизму фрустрированной потребности необходимость в поддержке, сексуальное влечение, а с другой стороны — гетероагрессивные тенденции. В мотивационно-волевой сфере сталкиваются тенденция к разрыву тягостных отношений и стремление продолжать их, несмотря ни на что. В когнитивной сфере те же противоречия: то выдвигаются аргументы в пользу обретения психологической независимости, то обосновывается невозможность сделать это.

Стремясь освободиться от сексуального влечения к супругу, пациент использует гетероагрессивные механизмы, сознательно культивируя в себе враждебные чувства по отношению к объекту. Однако при этом оживляется весь комплекс аффективно окрашенных переживаний, связанных с партнером, в том числе и сексуальное влечение. Стремление снизить ценность ЗД актуализацией негативных качеств его личности приводит к снижению самооценки пациента. Кроме того, в условиях доминирования ценности объекта девальвация его ценности одновременно обесценивает жизнь пациента в целом, что приводит к развитию суицидальных тенденций.

Самоубийство расценивается как единственный оставшийся способ восстановить свою значимость в сознании ЗД и через него — в собственном сознании, вызвать у партнера чувства вины и раскаяния. С другой стороны, кризисный индивид реалистически оценивает тот факт, что его суицидальные угрозы не достигают цели. Партнер негативно реагирует на них, возлагая всю ответственность за суицидальное поведение на пациента и, более того, иногда даже провоцируя его на самоубийство.

Нами выделено пять субклинических вариантов описываемой реакции: астенический, истерический, обсессивный (навязчивый), тревожный, дисфорический. Указанные варианты

определенным образом коррелируют с типами акцентуации характера.

Астенический тип развивается преимущественно у молодых людей с астенической и сенситивной акцентуациями характера в ситуациях любовных или детско-родительских конфликтов. Пациент занимает, как правило, пассивную позицию, готов принять любое поведение значимого ЗД, лишь бы тот не оставлял его. Он обращается к ЗД с мольбой о сочувствии и помощи, обвиняет себя, обещает полную покорность во всем.

На первое место выступают жалобы астенического характера: повышенная утомляемость, мышечная слабость, сонливость, головокружение. В отличие от реакции демобилизации наблюдаются субдепрессивные расстройства: пониженный фон настроения, чувство печали, снижение аппетита, полового влечения, снижение интереса к жизни, утрата ее смысла, антивитальные переживания типа «заснуть бы и не проснуться». Пациенты пессимистически оценивают свои возможности по самостоятельному выходу из кризиса и свое будущее. Просят оставить их в покое, не тратить на них время, поскольку им все равно ничем нельзя помочь.

В стационар они поступают, как правило, по инициативе родственников, собственной активности не проявляют, в беседе с врачом пассивны, раскрываются неохотно, малословны. Они отказываются от участия в семейной и групповой терапии, предпочитают аутотренинг и гипноз. Пациенты обычно просят назначить им большие дозы транквилизаторов, чтобы «отключиться» от реальности. Они залеживаются в постели, не следят за своим внешним видом, не участвуют в жизни отделения, ссылаясь на бессилие и апатию.

Аутоагрессивные переживания проявляются в форме самоупреков, взятия на себя всей ответственности за происшедший конфликт. Ретроспективный анализ своего поведения приводит пациентов к одностороннему выпячиванию своей вины перед ЗД в тех или иных вопросах, собственные поступки выстраиваются в линию, которая якобы неотвратимо должна была привести к конфликту. Угрызения совести способствуют формированию вывода о необходимости искупить свою вину: «Раз я испортила жизнь любимому человеку, значит, я не заслуживаю жить». Следствием подобного самоосуждения является «смертный приговор», как вполне заслуженное наказание и единственно возможное искупление вины.

Суицидальные попытки обычно возникают на пике астено-субдепрессивного состояния и связаны с общей тенденцией к уходу от страданий, которые представляются непосильными и потому непереносимыми. Антисуицидальным фактором служит лишь едва теплящаяся, часто исчезающая надежда на улучшение ситуации. Суицидальный риск наиболее высокий в описываемой группе состояний. Суицидальные попытки, как правило, совершаются с помощью большой дозы сильнодействующих препаратов с усыпляющим действием. Постсуицид чаще всего не критический. Пациенты сожалеют, что их спасли, открыто заявляют, что все равно жить не будут и повторяют попытку более надежным способом, как только для этого появятся силы. Течение постсуицидального периода отличается стойким, затяжным характером, длительно сохраняется астеновегетативная симптоматика. Общая продолжительность астенического типа реакции наибольшая среди описываемого класса состояний и может достигать шести месяцев.

В качестве терапевтической мишени используется тенденция пациентов данной группы — как правило, лиц молодого возраста — к уходу и аскетизму как типологической защите от сексуального влечения. Указанная форма защиты в процессе проведения групповой кризисной терапии заменяется сублимацией с установлением дружеских взаимоотношений с лицами противоположного пола, что является более приемлемым для личности по сравнению с полным отказом от общения. На последующих этапах лечения в ходе ролевого тренинга оживляются или вновь усваиваются навыки полоролевого поведения, позволяющие пациенту переводить дружеские отношения в любовные.

Истерический тип свойственен лицам с истерической акцентуацией характера, отличается манипулятивной позицией пациента в конфликте, когда он легко переходит от самообвинений к упрекам, от сцен с разрушительными действиями к обещаниям и мольбе, от попыток примирения и сексуальной близости к унижительным сценам ревности, от угроз в адрес партнера к суицидальному шантажу. Подобным образом ведут себя пациенты и в стационаре. Они жалуются врачу на необыкновенные страдания, в то же время стремятся подчеркнуть свои необычайно привлекательные качества: внешние, деловые, моральные, психологические. Они стремятся любыми средствами вызвать у окружающих, в том числе и у врача, интерес к себе, глубокое сочувствие, восхищение, а зачастую — и сексуальное влечение.

На высоте переживаний у пациентов наблюдается конверсионная симптоматика, чаще — в виде неудержимых рыданий, рвоты, заикания, астазии-абазии (невозможности стоять и ходить) и т. п. В единичных случаях при засыпании отмечаются галлюцинации, отражающие содержание травмирующих переживаний и сопровождающиеся выраженными аффективно-вегетативными проявлениями. Суицидальная попытка, как доверительно сообщали в постсуицидальном периоде

пациенты, призвана была доказать партнеру силу чувств, готовность рисковать своей жизнью ради восстановления отношений, а также вызвать у ЗД чувство вины и таким образом добиться улучшения его отношения к пациенту.

Как правило, пациенты оказываются в центре внимания спонтанной группы, пытаются завладеть вниманием и терапевтической кризисной группы, неуклонно сводя дискуссию к обсуждению их собственных проблем, или демонстрируют свою компетентность, навязчиво давая советы участникам группы. Пациенты обычно используют терапевтическую ситуацию для продолжения своих попыток оказывать давление на ЗД. Высказывают врачу многочисленные обиды на партнера, убеждают, что лишь с помощью суицидальной попытки можно было надеяться на улучшение его отношения к себе, но поскольку оно и после этого не улучшилось или даже ухудшилось, теперь вся надежда — на вмешательство врача. Они ожидают, что врач силой авторитета клиники, своим психотерапевтическим искусством заставит партнера пойти навстречу желаниям пациента.

Пациенты отличаются эгоцентричностью, обидчивостью. Когда им не удается удовлетворить свою повышенную потребность во внимании, они демонстративно обижаются, надолго укладываются в постель и неудержимо рыдают, собирая вокруг многочисленных сочувствующих зрителей. Успокаивается пациент лишь после вызова в палату врача, удаления посторонних и назначения внутримышечной инъекции транквилизатора. Аналогичные сцены обычно разыгрываются и перед выпиской пациента, который упрекает, что к нему отнеслись недостаточно внимательно, практически ничем не помогли и теперь ему уж точно остается только одно — покончить с собой. Иногда пациенты действительно совершают внутрибольничные суициды — явно демонстративные, с целью привлечь к себе дополнительное внимание. Чаще же до суицида дело не доходит, пациенты лишь скапливают лекарства, причем держат их довольно открыто, а при ухудшении состояния во всеуслышание угрожают отравиться.

В качестве антисуицидальных факторов служат нежелание причинять себе серьезный ущерб, эстетический критерий — представление о непривлекательности трупа, вера в неиспользованные жизненные возможности — главным образом, по привлечению внимания потенциального сексуального партнера.

У пациентов данной группы патологическая форма личностной защиты проявляется в вытеснении полового влечения, при этом потребность в сексуальном признании становится более напряженной и в то же время вынуждена удовлетворяться бесконтрольно, в обход сознания. Соответственно терапевтической мишенью становится неосознанное сексуальное влечение к ЗД, которое необходимо вскрыть, дать возможность пациентке отреагировать его, разделить с ней аффект обиды по поводу ее отвержения сексуальным партнером и подкрепить уверенность пациентки в ее сексуальной привлекательности. Важную роль в решении указанных задач играет кризисная группа, которая по сравнению с психотерапевтом имеет неизмеримо больше возможностей удовлетворить поистине ненасытную жажду признания пациентки.

Обсессивный тип наблюдается у психастенических личностей и личностей с чертами паранойяльности, которых объединяет нормативность, аффективная ригидность, выраженная тенденция к лидерству или опеке, склонность подолгу переживать в себе психотравмирующие события. У пациентов данной группы обычно выражена тенденция к формированию сверхценных образований, склонность к систематизации доказательств, стремление настоять на своем мнении.

Свои переживания пациенты раскрывают неохотно. Заявляют, что утратили доверие к людям, не верят больше в добро, любовь, справедливость. Обосновывают негативным представлением о человеческой природе свое решение стать эгоистичнее, жестче, мстительнее, просят помочь им в соответствующей работе над собой средствами психотерапии. Нередко наблюдается тенденция к смене ведущей жизненной сферы с семейно-личной на профессионально-престижную с целью получения власти над людьми.

Пациенты переживают из-за угрозы ЗД лишить их детей, имущества, жилплощади, жизни. Подобные высказывания нередко оказываются преувеличенными и могут быть отнесены к разряду сверхценных образований. К их числу относится также убеждение, что ЗД жаждет смерти пациента, специально доводит его до самоубийства или добивается его госпитализации в психиатрическую больницу с целью его дискредитации — социальной смерти. Пациенты жалуются на навязчивые мысли, воспоминания, фантазии, повторяющиеся сновидения, отражающие кризисную ситуацию. Подобные переживания аффективно окрашены в мрачные тона, сопровождаются тревогой по поводу невозможности самостоятельно прекратить эти чрезвычайно мучительные состояния.

Характерны эпизоды навязчивого сексуального влечения к партнеру. В это время пациент настаивает на многочисленных половых актах, а когда партнер пытается уклониться от близости, расценивает его поведение как явное доказательство его неверности. Идеи ревности, однако, носят отрывочный, несистематизированный характер и чередуются с периодами критического отношения к

ним. Пациенты склонны также навязчиво упрекать себя, доходя в этом, по их собственным словам, до «самоедства». Содержанием подобных переживаний может быть недовольство своей чрезмерной заботой о ЗД., которая якобы испортила его. Пациенты упрекают себя в излишней наивности, доверчивости, альтруизме. Суицидальный риск при данном типе реакции невысок, ограничивается обычно суицидальными мыслями.

Кризисная поддержка пациентов данной группы затруднена имеющимися у них тенденциями к интеллектуализации, рационализации и изоляции аффекта. После включения у пациента эмоциональной реакции (любой модальности) удастся вскрыть страх расставания, замаскированный преувеличенной сознательной потребностью в независимости. Далее достигается отреагирование пациентом страха расставания и разделение его психотерапевтом, после чего аффективная напряженность, а вместе с ней и обсессивные проявления начинают претерпевать обратное развитие. В заключение осуществляется кризисное вмешательство, имеющее своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента с помощью следующих терапевтических приемов: рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, выявление неадаптивных установок и их коррекция.

Тревожный тип наблюдается, как правило, у тревожных личностей. В клинической картине преобладает страх расставания с объектом привязанности, одиночества, ненужности, собственной сексуальной и личностной непривлекательности, невозможности разрешить своими силами социальные проблемы, возникающие при потере ЗД, в том числе связанные с воспитанием детей, материальным благополучием, социальным статусом.

Характерно, что тревожные переживания усиливаются при затрагивании темы взаимоотношений пациента с объектом привязанности, ослабевают при отвлечении пациента от упомянутой темы и могут на короткое время смениться даже некоторой эйфорией при появлении надежды на восстановление прерванных отношений. Однако вскоре к пациенту возвращается тревога и в свете ее восстановления отношений представляется ему невозможным или нежелательным, вредным и опасным. Максимальная выраженность тревоги наблюдается при таком повороте событий, когда вероятность расставания нарастает, а также при требованиях расстаться с объектом, предъявляемых пациенту окружающими (в том числе неопытным психотерапевтом) или самим собой.

Данный тип состояний отличается невысоким суицидальным риском. Нарастая, страх расставания в чистом или трансформированном виде вызывает состояние речедвигательного тревожного возбуждения с мыслями о самоубийстве как единственном способе покончить с невыносимой тревогой.

Однако до суицидальной попытки дело доходит нечасто. Обычно это самоотравление небольшими дозами лекарств, иногда — поверхностные самопорезы в области вен запястий.

В роли антисуицидального фактора обычно выступает опасение причинить ущерб значимым другим, в том числе — объекту привязанности. Кроме того, антисуицидальными факторами нередко служат страх смерти, крови, инвалидности, морального осуждения окружающими, а для верующих — страх ответственности перед Всевышним.

При лечении пациентов данной группы акцент делается на кризисной поддержке, которая заключается в установлении терапевтического контакта, раскрытии и отреагировании суицидоопасных переживаний, а также мобилизации личностной защиты. При этом вначале актуализируется такой антисуицидальный фактор, как страх смерти, инвалидности, крови, боли. Далее в качестве антисуицидального фактора используется забота о близких и шире — тенденция к озабоченности за состояние и судьбу объектов идентификации. В качестве таких объектов предлагаются «товарищи по несчастью» — пациенты кризисного стационара. Впоследствии на этапе тренинга навыков адаптации удастся переключить актуализированную тенденцию проявлять сочувствие и заботу на самого кризисного индивида, что способствует повышению его ответственности за собственную судьбу, улучшению эмоционального самоконтроля и смене локуса контроля с внешнего на внутренний.

Дисфорический тип наблюдается чаще у возбудимых истероидных личностей. Для пациентов характерно преобладание стенического компонента аффекта, эгоцентрическая позиция личности в конфликте, экстрапунитивная направленность с выраженной агрессивностью в сочетании с высокой степенью социализации, прямолинейность, ригидность аффекта, низкая способность к его вытеснению. Характерны также высокая напряженность потребностей, невыносимость к фрустрации, тенденция к импульсивности в состоянии психологической напряженности.

В ситуации супружеского конфликта у пациентов наблюдается агрессивно-оборонительное поведение, направленное либо на супруга (любовника), либо на соперника. В основе подобного поведения, по-видимому, лежит резервное включение примитивных аффективных механизмов, обеспечивающих сохранность пары путем «укрошения» любовного партнера или изгнания конкурента.

Пациенты занимают активную позицию в конфликте, требуют от ЗД больше внимания к себе, обвиняют его в недостатке тепла, эгоизме, распутстве, угрожают различными санкциями. Они всячески контролируют поведение объекта фиксации: читают личные записи и переписку партнера, Подслушивают разговоры, в том числе по телефону, выслеживают, пытаются оказать влияние через других лиц, в том числе официальных (во время пребывания в стационаре — через врача).

Общий фон настроения пациента — дисфорический. Преобладают переживания гнева, обиды: на партнера, соперника, которого реально или предполагается предпочитает партнер, на других лиц из ближайшего окружения, попадающих «под горячую руку». Раздражение может проявляться и в форме недовольства лечением, отношением медперсонала, соседей по палате. В ряде случаев можно наблюдать генерализацию оппозиционной установки: «Мир несправедлив, уничтожить его невозможно, но и жить в нем нельзя, остается уничтожить жизнь в себе».

На высоте дисфории у пациентов возникают гетероагрессивные проявления, вплоть до гомицидных. Они признаются, что желают обидчику смерти, временами готовы «задушить его своими руками», видят в своих фантазиях сцены мучительной смерти объекта фиксации. В ряде случаев гетероагрессия проявляется не столь определенно и тогда в сновидениях фигурируют драки, погони, различные акты разрушения.

В отличие от феноменологически сходной реакции оппозиции пациенты часто реализуют свои гетероагрессивные тенденции: пытаются избить партнера, рвут его одежду, фотографии, уничтожают его личные вещи. Агрессивный аффект легко разряжается и на собственную личность пациента, который склонен упрекать себя в невозможности справиться с кризисом, а также во вспыльчивости, конфликтности, утрате родительских чувств, мизантропии. Аутоагрессивные переживания довольно часто завершаются суицидальной попыткой, причем преобладают способы, сопряженные с самоповреждениями и болью: глубокие самопорезы вен, проникающие ножевые и огнестрельные ранения, самоотравления прижигающими веществами и бытовым газом, самоповешение, попытки совершить автоаварию или попасть под машину или поезд. В роли антисуицидального фактора нередко выступает нежелание «доставить радость» своим уходом из жизни обидчику, «выжить ему назло», чтобы навязать ему свою волю или, добившись его любви, затем мстительно отвергнуть.

При лечении пациентов данной группы на этапе кризисной поддержки подкрепляется имеющаяся у них тенденция к разрядке аффективной напряженности, расслаблению. С этой целью с самого начала лечения пациенты включаются в групповой аутотренинг и гипнотерапию. На этапе кризисного вмешательства используется такой антисуицидальный фактор, как нежелание доставлять удовлетворение своей смертью. Подобное представление не оспаривается, но молчаливо поддерживается. На заключительном этапе лечения в процессе аутотренинга и ролевого тренинга происходит тренировка навыков саморегуляции и, в частности, внешнего локуса контроля и контроля за агрессивными импульсами.

Для личностей истерического, тревожного и астенического типа с доминирующей психологической защитой по типу вытеснения эффективным способом лечения является гипнотерапия. Используется разработанный нами (Г.В. Старшенбаум, 1976) метод внушения образных переживаний в сочетании с техникой систематической десенсибилизации по Вольпе (Wblpe, 1960). Процесс гипнотерапии протекает в три этапа.

На первом этапе — кризисной поддержки — в состоянии I стадии гипнотического сна достигается раскрытие, отреагирование и разделение врачом психотравмирующих переживаний. Мобилизуется личностная защита, укрепляется уверенность в возможности решения кризисных проблем. Сознательная установка на разрыв высокозначимых отношений соединяется с неосознаваемой субдоминантной установкой на независимость в интимно-психологических отношениях, и обе эти установки интегрируются в когнитивной сфере пациента. В результате повышается самооценка пациента, снижается интенсивность страха расставания, уменьшается зависимость от отношения к нему партнера.

На втором этапе — кризисного вмешательства — в состоянии II-III стадии гипнотического сна реализуются внушенные образы объекта фиксации вначале в нейтрально эмоционально окрашенных ситуациях, а затем — в ситуациях прекращения отношений. При этом внушается безразличное отношение к бывшему партнеру, мотивированное его неспособностью удовлетворить потребность пациента в высокозначимых отношениях. На данном этапе пациент освобождается от эмоциональной зависимости — как от любви, так и от враждебности к бывшему партнеру. Стимулируются гедонистические тенденции, повышается ценность собственной жизни. Актуализируются достижения пациента в ходе терапии, усиливаются представления о собственной сексуальной привлекательности, вырабатывается установка на тренинг полоролевого поведения.

В качестве образца могут быть рекомендованы следующие формулы внушения.

«Человек, к которому вы испытываете такие противоречивые чувства, становится для вас

безразличным. Его лицо вспоминается сейчас как безжизненная маска, которая оставляет вас равнодушной. Его фигура вспоминается сейчас как неживая, восковая фигура. Вид этого человека оставляет вас теперь равнодушной. Его имя для вашего слуха теперь пустой звук. Само воспоминание о нем сейчас расплывается в тумане, становится далеким, безразличным, как полузабытый сон. Все связанное с этим человеком остается в прошлом, как будто это было не с вами, а с другим, посторонним человеком. Ваше сердце отныне свободно от власти чувства к этому человеку. На душе теперь свободно и легко. Вы стали свободны и независимы. Чувствуете себя привлекательной, интересной женщиной. Вы легко завоевываете симпатии мужчин, сами выбираете достойного друга. И на этот раз это будет более удачный выбор. У вас есть все для этого, и успех вам обеспечен».

Заключительный этап терапии — тренинг навыков адаптации — проводится, как правило, в группе. В состоянии И-Ш стадии гипнотического сна с внушенным сноворечием моделируются ситуации, направленные на групповое сплочение, рост взаимного доверия. Стимулируется жизнеутверждающее, гедонистическое поведение с раскрепощением заблокированного сексуального влечения к лицам противоположного пола.

Наиболее гипнабельным пациентам удастся внушить роль иной личности — независимой, высоко привлекательной. Данный образ имеет выраженное терапевтическое значение не только для переживающего его пациента, но и для других членов группы, идентифицирующих с ним. Общие внушения сочетаются с индивидуальными, направленными на астеновегетативные, астено-субдепрессивные, тревожно-ипохондрические и фобические симптомы. Гипнотерапия осуществляется дифференцированно, в зависимости от типа реакции: при астеническом и тревожном типе реакции акцент делается на укреплении личностной защиты, при истерическом типе — на тренинге самоконтроля над образным компонентом переживаний.

Итак, общие соображения при проведении психотерапии пациентов с конфликтом зависимых отношений сводятся к следующему. Решение о сохранении или разрыве высокозначимых отношений должен принять сам пациент. В случае окончательного разрыва отношений задача психотерапевта — разделить с пациентом переживания горя и облегчить ему поиск новых высокозначимых отношений, в которых пациент сможет занять более независимую позицию. Опасно подкреплять враждебные чувства пациента к партнеру, так как агрессия может обратиться на терапевта или трансформироваться в суицидоопасную аутоагрессию. Как правило, в процессе кризисной терапии удастся добиться освобождения пациента от тягостной зависимости и, используя специфические возможности данного вида терапии, добиться повышения уровня адаптации индивида с обеспечением личностной независимости в будущем.

Клиническая иллюстрация

Д-ва Т.Ш., 32 г., находилась в Кризисном стационаре 40 дней.

Анамнез. Отец злоупотреблял алкоголем. Родилась в Грузии, единственный ребенок в семье. Мать после рождения дочери развелась с мужем, оставила дочь своим родителям, переехала в Москву, замуж больше не выходила, преподавала русский язык на Высших курсах КГБ. Пациентка воспитывалась у бабушки с дедом, которые вместе с отцом девочки баловали ее, не хотели отдавать ее матери, судились с ней.

В возрасте шести лет пережила первое в жизни сильное потрясение. Однажды, когда девочка играла во дворе, в него неожиданно на большой скорости въехала черная «Волга», из которой выскочили несколько мужчин, схватили ее, втащили в машину и увезли. Она громко плакала, звала на помощь, отбивалась от женщины, которая зажимала ей рот так, что она задыхалась (это оказалась ее мать). С того времени часто видит описанную сцену в пугающих сновидениях, до сих пор испытывает страх замкнутого пространства, не может пользоваться общественным транспортом, особенно метро, где возникают панические приступы с сердцебиением, одышкой, страхом смерти; боится одна далеко отходить от дома.

В Москве мать отдала дочь в детский сад с пятидневным содержанием, где она часто плакала, отказывалась играть с детьми, боялась воспитателей, которые часто наказывали ее за «капризы». Когда девочка пошла в школу, мать строго контролировала ее учебу, била ремнем за плохие оценки, непослушание, обзывала «отцовским отродьем», заявляла, что «сделает из нее человека». Мать мечтала, что дочь станет, как и она, педагогом, отдавала в различные кружки и секции.

Росла впечатлительной, тревожной, до настоящего времени боится покойников, смерти, из-за страха темноты всегда спит со светом. В 12 лет прочитала фантастические повести Гоголя, часто видит сцены из этих произведений в кошмарных сновидениях. Отношения с матерью и преподавателями были конфликтными, быстро оставляла занятия в кружках из чувства протеста против матери, которое с годами нарастало, превратилось в манеру настаивать на своем, неуступчивость. Стремилась ни в чем

не походить на мать, играла преимущественно с мальчиками в шумные игры.

После окончания школы поступила в институт культуры. Мать препятствовала ее встречам с молодыми людьми, настояла на переводе дочери на вечернее отделение, чтобы занять ее вечера. Сдала экзамены экстерном, окончив институт за 4 года. Сразу после окончания вуза вышла замуж за военного переводчика, главным образом для того, чтобы отделиться от матери. Через год родила дочь, посвятила себя уходу за ней.

Муж много работал за границей. Находясь с мужем в Африке, по ночам испытывала сильный страх из-за близости кладбища, во время исполнения ритуала похорон металась от ужаса. Случайно узнала о прежней супружеской неверности мужа, упала от сильного потрясения в обморок, затем обмороки повторялись при волнении. Вернулась с дочерью в Москву, после возвращения мужа отказывала ему в близости, подслушивала его телефонные разговоры, устраивала сцены ревности. Во время ссор громко кричала, рыдала, била посуду, бросала в мужа различные предметы, настаивала на разводе. Муж отказывал ей в этом, угрожал публичным позором на суде, убеждал жену в наличии у нее шизофрении, цитируя ей выдержки из учебника судебной психиатрии.

Сомневалась в своем психическом здоровье, так как стала несобранной, запустила домашнее хозяйство из-за безразличия к делам и даже к дочери, быстро уставала. Опасалась, что муж приведет в исполнение свои угрозы по поводу лишения ее материнских прав и жилплощади. Много времени проводила в постели, оплакивала свою судьбу, считала себя несчастной, ненужной. Была готова согласиться на предложение мужа ради его карьеры сохранить семью официально и найти себе сожителя. С целью обрести материальную независимость устроилась работать библиотекарем рядом с домом. Из-за периодически возникающего страха движущегося транспорта и толпы ходила на работу и с работы в сопровождении соседки. Состояние начало улучшаться, строила планы на будущее, окрепла. Однако в конфликт вмешалась мать пациентки, которая настаивала на разводе, обратилась в администрацию и общественные организации по месту работы зятя с дискредитирующими его заявлениями, пыталась оказать давление на мать зятя. Муж в отместку выкрал у пациентки собранные ею с большим трудом документы, необходимые для развода, потребовал, чтобы жена ушла жить к своей матери, оставив ему ребенка, свои вещи и свою часть пая в ЖСК.

Считала ситуацию безвыходной. В течение месяца неуклонно снижалось настроение, нарастала тревога, напряжение, не могла спать из-за кошмарных сновидений, появились ощущения онемения кожи правой половины головы, лица, правой руки. Опасалась инсульта, обратилась к невропатологу, принимала по его назначению транквилизаторы. Сон несколько улучшился, снизилась фиксация на тревожащих ощущениях. Однако возникло навязчивое желание самоубийства как избавления от душевных страданий. Опасалась, что потеряет контроль над собой и реализует это желание. Прячала от себя острые предметы, не выходила на балкон. Много курила, эпизодически принимала алкоголь. Во время очередной ссоры с мужем остро возникло желание отравиться — по типу разрядки невыносимого аффективного напряжения и состояния «бешеной злобы» на мужа. Приняла 20 таблеток седуксена, после этого находилась в состоянии эйфории, мужем была доставлена в ЦНИИ им. Склифосовского и через неделю пребывания в Центре отравлений переведена в Кризисный стационар.

Соматопневрологическое состояние: без явной патологии.

Психическое состояние. При поступлении сожалеет о совершенной попытке самоубийства, объясняет ее аффективным напряжением, возникшим на фоне сильнейших переживаний гнева и отчаяния. Фиксирована на супружеском конфликте, удовлетворена, что мужа, по ее мнению, накажут за доведение ее до самоубийства. Вспоминает свои прошлые обиды на него, старается выставить мужа в непривлекательном свете, хотя признает, что продолжает испытывать к нему чувство привязанности.

Жалуеться на онемение в правой половине головы, лица, в правой руке, плохой сон и аппетит, повышенную утомляемость, общее недомогание. Постоянно испытывает внутреннее напряжение, тревогу, подавленность; раздражительна, часто плачет, опасается инсульта, утраты контроля за своим поведением, импульсивной попытки самоубийства, сумасшествия. Интересуется своим диагнозом, просит провести ей неврологическое и психологическое обследование, обеспечить ей покой и максимальную изоляцию из-за повышенной чувствительности к внешним раздражителям.

Антисуицидальные факторы — положительное отношение к себе, страх смерти, забота о дочери.

Психологическое обследование. Радикал личности сенситивный. При обследовании интеллектуальной деятельности структурных нарушений мышления не выявлено. Отмечается выраженная астенизация, проявляющаяся в быстрой истощаемости, снижении интеллектуального контроля операций и концентрации внимания. Мышление испытуемой характеризуется нечеткостью понятийной структуры. Последняя возникает вследствие эмоциональных оценок и эгоцентрической позиции в суждениях. Так, при выполнении «пиктограммы» и других проективных заданий испытуемая в большинстве случаев игнорирует объективное содержание понятий, фиксируясь на эмоционально значимых, субъективных связях; при этом отчетливо звучит тема психотравмирующей

ситуации. Ориентация на субъективные значения в сочетании со сниженным интеллектуальным контролем может затруднять реалистическую ориентацию в ситуации и приводить к эмоциональной дезорганизации мышления.

В момент исследования фон настроения снижен, испытываемая тревожна, напряжена. Тревожность связана с тем, что психотравмирующая ситуация переживается испытываемой как свидетельство ее неполноценности и личностной несостоятельности, что, однако, не допускается полностью в сознание, так как представляет угрозу высокой самооценке, сохранение которой существенно для личности испытываемой. Наличная ситуация трактуется как унижительная и несправедливая: «Ни в ком она не встречает должного понимания и поддержки и вынуждена защищать свои интересы в одиночку». Этот недостаток признания вызывает у нее чувство покинутости, одиночества и отсутствия сил, необходимых для принятия решения. Компенсирует тревогу тенденция к ограничительному поведению, стремление к физическому отдыху и готовность избегать обострения конфликта. Характерной для личности испытываемой является гиперсоциальность, проявляющаяся в жесткой «догматической» структуре социальных установок и норм, прямолинейности оценок, суждений и стереотипов поведения.

Заключение: дистимия, постсуицид у сенситивной личности с конфликтом зависимых отношений.

Лечение: триптизол 10 мг вечером, сонапакс 10 мг днем и вечером, феназепам 0,5 мг утром и днем, ноотропил 0,8 утром и днем; индивидуальная, семейная и групповая терапия.

Лечение было начато с кризисной поддержки, которая осуществлялась преимущественно в кризисной группе, где пациентка благодаря своей активности и общительности вскоре заняла одну из лидирующих ролей. Параллельно проводились беседы с мужем пациентки, в процессе которых он осознал неблагоприятное влияние затягивания супружеского конфликта на свою карьеру и дал согласие на развод и выплату алиментов, а также позволил теще перевезти к себе внучку и вещи дочери.

В совместной беседе с врачом и пациенткой ее мать согласилась оставить работу, оформить пенсию по возрасту и помогать дочери воспитывать ребенка. Во время этой беседы пациентка приняла окончательное решение развестись с мужем, временно жить с матерью; их взаимоотношения после данной беседы улучшились. У пациентки заметно снизилась аффективная напряженность, выровнялось настроение, улучшились сон и аппетит, восстановилась кожная чувствительность.

Суицидальных тенденций за время пребывания в стационаре не отмечалось. В то же время в травмирующей ситуации пациентка оставалась пассивной; терапевтическая установка была симптоматической. Сохранялась эмоциональная лабильность, перед встречей с мужем испытывала страх, рыдала, просила успокаивающее. Конфликтовала с пациентками палаты, нарушала режим. Опасалась ухудшения состояния после выписки, неохотно покидала стационар, заявляя, что он стал для нее «родным домом», обещала регулярно посещать Клуб бывших пациентов, приобрела много друзей в стационаре.

Катамнез: восемь лет. В течение первого года жила у матери, посещала Клуб бывших пациентов. Практически исчезли фобические расстройства, самостоятельно ездила на работу в автобусе; редуцировалась субдепрессивно-ипохондрическая симптоматика. Однако перед оформлением развода вновь стала опасаться конфликтного поведения мужа на суде, усилился страх езды на транспорте, из-за чего не могла ездить на работу. После лечения в клинике неврозов оформила, наконец, развод, добилась присуждения дочери части пая в ЖСК. Искала возможности отделиться от матери, отношения с которой оставались неровными.

Вышла замуж, переехала к мужу за город, тяжело переживала отдаленность от друзей, временное отсутствие телефонной связи. Устроилась работать продавцом книжного магазина рядом с домом, однако через два месяца оставила эту работу из-за грубости покупателей и товарок по работе, выполняла машинописные работы на дому. С мужем отношения были неровные, упрекала его в недостаточном внимании к ней. Тревожилась за дочь-подростка, требовала от нее раннего возвращения домой, отчета об ее отношениях с мальчиками. На улицу выходила только в сопровождении, брала с собой сумочку с набором лекарств. Прошла курс индивидуальной десенсибилизирующей терапии с обучением приемам релаксации и применением градуированной экспозиции; одновременно занималась в группе ассертивного тренинга. Стала свободно ездить на транспорте, окончила курсы французского языка, до настоящего времени работает экскурсоводом, отдыхает с семьей за границей, перестала курить и злоупотреблять транквилизаторами. Из-за обострившегося конфликта с дочерью, которая вопреки ее воли ушла жить к любовнику, запустила учебу в институте, в течение двух лет проходила психодинамическую терапию. Отреагировала травмирующие переживания детства, пересмотрела свое отношение к близким, стала мягче, терпимее, нежнее и доверчивее с мужем, менее тревожной с дочерью. На заключительном этапе терапии

усилилась наблюдавшаяся и ранее зависимость от терапевта, просила участить встречи и одновременно опасалась «надоесть». Конфликт между симбиотическими тенденциями и страхом отвержения был проинтерпретирован как актуализация вытесненной детской травмы и успешно проработан.

Анализ наблюдения. Невротическая структура личности сформировалась под влиянием ранних психотравм. Определенную роль может играть патологическая наследственность (алкоголизм отца). С детства пациентка страдала фобическими проявлениями, существенно ограничивающими ее адаптационные возможности. Самооценка страдает противоречивостью, дихотомичностью, что можно поставить в связь с потакающей гиперопекой в раннем детстве и строгим гиперконтролем матери в последующие годы. Ведущими в личности являются черты сенситивности: впечатлительность, тревожность, привязчивость к близким в сочетании с недоверием к другим людям, что играло немаловажную роль в механизме страха езды в общественном транспорте и самостоятельном передвижении по улице.

Суицидоопасные переживания возникли на фоне ситуационной личностной декомпенсации с обострением невротической симптоматики. Характерны для невроза навязчивостей страх самоубийства и сумасшествия, а также страх смерти в качестве антисуицидального фактора. Личностный смысл суицидального поведения можно расценить как протест с трансформацией агрессии против мужа в аутоагрессию. Агрессивные тенденции блокировались жесткими социальными нормами пациентки, страхом перед мужем, эмоциональной и социальной зависимостью от него.

В постсуицидальном периоде обращает на себя внимание сравнительно быстрая редукция в процессе семейной и групповой терапии суицидоопасных переживаний при том, что довольно длительно сохраняется субдепрессивно-ипохондрическая симптоматика. После выписки из Кризисного стационара при ухудшении жизненной ситуации у пациентки не возникает суицидальных тенденций, однако продолжается невротическое развитие личности, снижаются ее профессиональные возможности, ограничивается круг общения, нарастает семейный конфликт. Однако в процессе последующей поведенческой терапии пациентке удалось освободиться от фобической симптоматики, никотиновой и лекарственной зависимости, повысить свой профессиональный уровень и расширить свободу передвижения. Психодинамическая терапия помогла ей окончательно справиться с внутренним конфликтом, обусловленным детскими психотравмами, и улучшить свои взаимоотношения в семье. В завершающей фазе терапии усилились амбивалентные чувства к психотерапевту, которые были проанализированы как оживление вытесненного детского страха расставания — по-видимому, ядра невроза. В результате многолетней, постепенно углубляющейся работы над собой пациентке удалось окончательно справиться с последствиями ранних психических травм.

©Ревность — это боязнь превосходства другого лица.
Александр Дюма-сын

Эндогенная депрессия

*Радостей исток лежит в краю печалей.
Райнер Мария Рильке*

Типичный депрессивный синдром включает обязательную триаду симптомов: расстройство эмоций, воли и течения ассоциативного процесса, а также дополнительные симптомы: нарушения самооценки, влечений, тенденций и поведения. Больные с типичной монополярной депрессией обычно размышляют о виновности, суициде, соматических опасениях или других депрессивных темах. Нарушения концентрации внимания и кратковременной памяти, которые, на первый взгляд, могут предполагать органическое психическое расстройство, исчезают по мере уменьшения депрессии. Ухудшения концентрации внимания и памяти, вызванные депрессией, также могут быть трудно отличимыми от побочного эффекта терапии антидепрессантами; таким образом, эти симптомы следует тщательно оценить перед началом фармакотерапии. Хотя содержание депрессивных мыслей может быть бредовым или жутким, ассоциации и связи, характеризующие процесс мышления депрессивных больных, обычно являются нормальными и редко — вычурными.

Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов включает:

- 1) отчетливо сниженное до не свойственного в преморбиде уровня настроение, отмечающееся большую часть дня и мало зависящее от внешних обстоятельств;
- 2) потеря интереса и удовлетворения от ранее обычно приятной активности;

- 3) снижение побуждений, энергетика или повышенная утомляемость;
- 4) потеря уверенности в себе или чувства собственной ценности;
- 5) необоснованные упреки в собственный адрес или выраженное, неадекватное чувство вины;
- 6) повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, суицидное поведение;
- 7) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- 8) субъективно воспринимаемое или объективно устанавливаемое снижение сосредоточения, неуверенность или нерешительность;
- 9) субъективные или объективные нарушения психомоторики (заторможенность или ажитация);
- 10) любого рода нарушения сна;
- 11) потеря аппетита или его повышение с соответствующим нарастанием веса.

Типичный субдепрессивный (непсихотический) синдром характеризуется нерезко выраженной тоской, субъективно переживаемой гипобулией и замедлением ассоциативного процесса.

Для диагностики субдепрессивного эпизода необходимо наличие не менее трех из следующих признаков.

1. Ослабление побуждений или активности.
2. Нарушение сна.
3. Снижение самооценки или чувство недостаточности.
4. Затруднение сосредоточения.
5. Ухудшение социальной адаптации.
6. Потеря интереса или удовлетворения от ранее приятных типов деятельности.
7. Уменьшение речевой активности.
8. Пессимистическое видение будущего или мрачные раздумья о прошлом.

К атипичным субдепрессивным синдромам относятся следующие: астено-депрессивный синдром: нерезко выраженная тоска, повышенная утомляемость, эмоциональная и психическая гиперестезия, эмоциональная лабильность; адинамическая субдепрессия: безразличие, вялость, апатия, бессилие, сонливость; анестетическая субдепрессия: тоска с мучительным переживанием «бесчувствия», внутренней опустошенности, утраты любви к близким; гипобулия, тревога, деперсонализация-дереализация.

Ларвированная депрессия (скрытая, латентная, маскированная, соматизированная).

Характеризуется следующими особенностями:

- начало заболевания, как правило, не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;
- преобладание общесоматических и вегетативных жалоб, не укладывающихся в клинику соматических заболеваний;
- витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе» с явлениями идеаторной и двигательной заторможенности, а также стойкими расстройствами сна, анорексией, снижением либидо и общего «упадка сил»;
- наличие суицидальной готовности;
- фазное течение, с суточными колебаниями настроения и самочувствия;
- наследственная отягощенность аффективными расстройствами;
- положительный эффект при лечении антидепрессантами.

Ларвированные депрессии наблюдаются в следующих вариантах: астено-сенестопатический, вегето-висцеральный, агрипнический (диссомнический), а также в форме таких депрессивных эквивалентов, как обсессивно-фобическая форма депрессии и периодическая импотенция. Из-за выраженных болей (сенестопатий, сенестоалгий) пациенты постоянно обращаются к врачам, настаивают на многочисленных обследованиях. Обращают на себя внимание суточные колебания интенсивности болей (с большей выраженностью утром, как и все остальные проявления эндогенной депрессии). Характерны также тревожные пробуждения по утрам и сезонность обострений. Аффективные расстройства расценивают обычно как реакцию на соматическое состояние. Больным обычно назначают болеутоляющие, в том числе наркотические препараты, что может приводить к формированию наркомании. Самолечение нередко включает алкоголизацию и соответственно — развитие алкоголизма.

Наличие неопределенных болей и фиксация на соматических жалобах может быть отправной точкой для диагностики депрессии. Часто у больных депрессией клинически представлен определенный соматический симптом (такой, как боль в спине), а не психологические нарушения. Однако депрессивный синдром также может быть связан с наличием соматического заболевания

(такого, как нераспознанное злокачественное новообразование), или быть проявлением эндокринопатии. Вирусные заболевания, особенно в инкубационном и продромальном периодах, также могут приводить к развитию депрессивной симптоматики. Таким образом, больной с признаками депрессии должен быть подвергнут тщательному соматическому обследованию.

Рекуррентное депрессивное расстройство (циркулярная депрессия).

Характеризуется циклическим течением с полным восстановлением до обычной нормы в интермиссии. Повторный приступ болезни обычно возникает через несколько месяцев. С возрастом продолжительность и частота депрессивных эпизодов увеличиваются. Риск рецидива возрастает в случаях двойной депрессии, когда приступ возникает на фоне дистимии.

Маниакально-депрессивный психоз (МДП), биполярное аффективное расстройство.

Болезнь может протекать в виде биполярных и униполярных (депрессивных и маниакальных) приступов. В обеих фазах наблюдается симпатикотония с триадой В.П. Протопопова: учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам. Обычны также гипертония, похудание, у женщин — аменорея. Именно соматовегетативными нарушениями проявляется начальная стадия циркулярной депрессии и ими может ограничиваться соматизированная депрессия. Депрессивное содержание бреда отличает атипичный МДП от приступов шизофрении. Важно заметить, что в период смещения полюса аффективных расстройств наблюдаются депрессия с возбуждением (суицидоопасная), маниакальное состояние с торможением, дисфорическое состояние (приступ тоски, тревоги, страха со злобой, агрессивными и ауто-агрессивными действиями).

Если депрессивное расстройство возникает у ребенка или подростка, риск как рецидива, так и конечного развития биполярного аффективного расстройства высок. Часто это состояние отмечается в начале пубертатного периода и имеет скорее острое, чем хроническое начало. Другие предикторы развития биполярного расстройства включают заторможенную депрессию с гиперсомнией, психотическую депрессию, начало в послеродовом периоде, гипоманию при применении антидепрессантов, отягощенную биполярными и депрессивными расстройствами наследственность.

С возрастом учащаются и удлиняются депрессивные фазы, в инволюции преобладают затяжные тревожно-ипохондрические и тревожно-ажитированные депрессии (инволюционная меланхолия старых авторов) с резистентностью к терапии и неполным выходом из болезненного состояния. Уменьшение в этом возрасте антисуицидальных факторов повышает риск самоубийства, которое может выглядеть как прекращение заботы о себе с отказом от помощи.

В последние годы описаны сезонные аффективные расстройства. Больные — преимущественно женщины, часто с депрессией или гипоманией, связанной с биполярным аффективным расстройством. Характерная картина включает депрессию, начинающуюся осенью и кончающуюся весной, которая сменяется выздоровлением, гипоманией или манией весной или летом. Симптомы депрессии часто такие же, как у больных атипичной депрессией или биполярным расстройством, например, гиперсомния, тяга к углеводам, недостаток энергии, увеличение массы тела. Могут наблюдаться и типичные симптомы депрессивного расстройства, включая беспомощность, депрессивный аффект и функциональные нарушения.

Циклотимия характеризуется хроническим нарушением настроения в течение не менее двух лет; на протяжении этого времени отмечаются многочисленные периоды субдепрессии или гипомании. Симптомы не должны быть настолько тяжелыми или длительными, чтобы соответствовать критериям большого депрессивного или маниакального эпизода. У больных не должно отмечаться периодов, свободных от указанных симптомов, превышающих 2 месяца в течение 2 лет. Диагноз не может быть поставлен, если это расстройство накладывается на другое хроническое психотическое расстройство, такое, как шизофрения, или поддерживается органическим фактором или злоупотреблением психоактивными веществами. Некоторые исследователи считают циклотимию легкой формой биполярного аффективного расстройства. Хотя обычно оно начинается в подростковом или молодом зрелом возрасте, может отмечаться как более раннее, так и более позднее начало болезни.

Дистимия (невротическая депрессия) является хроническим расстройством настроения, которое длится не менее двух лет. Клинические проявления ограничиваются субдепрессией с преобладанием грустного настроения, адинамией, нередко с навязчивыми идеями и сенестопатическими проявлениями. Симптомы колеблются по интенсивности, но обычно они не очень выражены. Соматические симптомы, характерные для тяжелого депрессивного эпизода или меланхолии, выражены мало.

Дистимия развивается обычно на фоне длительной психотравмирующей ситуации, как правило, длительной, субъективно значимой, неразрешимой и в значительной мере обусловленной преморбидными особенностями личности больного. Заболевание начинается со снижения настроения со слезливостью и идеями несправедливого отношения к себе. Если для психотической депрессии характерны самообвинения, то для дистимии — тенденция к обвинениям других. У больных понижена самооценка, им трудно сосредоточить свое внимание, сложно принимать решения, они испытывают чувство безнадежности, озабочены своими прошлыми ошибками и разочарованиями в межличностных отношениях. Отмечаются выраженные астеновегетативные расстройства: затрудненное засыпание, тревожное пробуждение, слабость, разбитость, головная боль по утрам, стойкая гипотония. Наблюдается также повышенный или пониженный аппетит, спастический колит. Сексуальные дисфункции и эмоциональные нарушения усугубляют проблемы в семейно-личной сфере.

У многих больных, особенно при семейно-сексуальном характере конфликта, отмечается «бегство в работу», где состояние нормализуется. Пониженное настроение больные обычно связывают не с конфликтом, а с соматическим состоянием. Ипохондрическая фиксация наряду с трудностями в общении и в сосредоточении внимания снижают трудовые возможности больных. Хотя их высказывания отражают содержание психотравмирующей ситуации, они не замечают ее реальных трудностей и строят неоправданно оптимистичные планы на будущее.

Расстройство обычно начинается в старшем подростковом или молодом зрелом возрасте. Иногда пациенты заявляют, что депрессия у них существует так долго, сколько они себя помнят. У 90% больных в анамнезе выявляется хотя бы один большой депрессивный эпизод. Развивается дистимия чаще у таких людей, в преморбидном состоянии которых отмечают прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, бескомпромиссность в сочетании с неуверенностью, нерешительностью в определенных ситуациях. Этим лицам свойственна аффективная насыщенность переживаний со стремлением тормозить внешние проявления эмоций.

Антон Кемпинский (2002) отмечает вторичный характер снижения настроения и понижения жизненной активности при дистимии, в основе которой могут лежать следующие психологические факторы.

1. Деспотическая установка в отношениях человека с окружающими, которых он стремится изменить для собственного удобства, гневно реагируя на попытки сопротивления. В этом случае необходимо научить человека довольствоваться малыми достижениями, воспитать у него уважение к чужим потребностям.

2. Накопление негативных эмоций в отношениях с окружающими, что требует аффективной разрядки в процессе терапии и возможности посмотреть на конфликтную ситуацию со стороны, чтобы сбросить с себя груз «недобрых чувств».

3. Душевная пустота, творческая фрустрация представляет наибольшую трудность для психотерапии. Ростом позитивных эмоций может явиться глубокая привязанность к психотерапевту, в результате чего повышается готовность пациента полюбить другого человека. Важно, чтобы пациент изменил свою эмоциональную установку «от людей» на отношение «к людям».

Дистимия может переходить в рекуррентное депрессивное расстройство и биполярное аффективное расстройство. Нередко отмечается компульсивное употребление психоактивных веществ и алкоголя, что может приводить к развитию наркомании и алкоголизма.

Собственные наблюдения. На нашем материале дистимия наблюдалась у 15 больных. Все они обнаруживали в преморбиде невротический потенциал личности, отличались такими характерологическими особенностями, как прямолинейность, ригидность, бескомпромиссность, которые сочетались с глубокой привязанностью к близким. У них часто имелись отдельные истерические черты, а в ряде случаев — сенситивные: нерешительность, робость, повышенная впечатлительность. В отличие от реакций дезадаптации аффективные переживания при дистимической депрессии имели характер хронических, больные были склонны переключаться с ситуации на собственное состояние, обвиняли себя в случившемся, требовали от себя мобилизации сил и упрекали себя в беспомощности. От психогенной депрессии картина отличалась меньшей глубиной аффективных расстройств, большей выраженностью вегетативного компонента депрессии с выраженной слезливостью, гипотонией, обмороками и другими вегетативными кризами. От большой депрессии описываемое состояние отличалось парциальностью: тоскливо-тревожные переживания ограничивались зоной конфликта, имелась психологически понятная связь с психотравмирующей ситуацией. Пациенты боролись с суицидальными тенденциями, охотно и оживленно рассказывали о травмирующей ситуации и своем состоянии случайным собеседникам, активно искали помощи. У них сохранялась способность реагировать на ободрение и шутку, они проявляли интерес к окружающему, а к себе — даже повышенный: «сочувствовали» себе, плакали от жалости к себе, женщины вскоре после поступления начинали усиленно следить за своей внешностью. Суицидальный риск у больных

дистимической депрессией был сравнительно невысоким, лишь трое больных (20%) совершили попытки самоубийства перед поступлением в Кризисный стационар, ранее покушения на самоубийства отмечались у двух больных. Пресуицид был достаточно продолжительным — в среднем три недели, постсуицид принимал затяжной характер и длился в среднем 9 недель, в дальнейшем долго сохранялись субдепрессивные и астеноипохондрические проявления.

©Грех предаваться унынию, когда есть другие грехи.
Геннадий Малкин

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ДЕПРЕССИИ

По данным некоторых авторов, больные депрессией составляют до 60% совершивших самоубийство. Среди них мужчин в 2-4 раза больше, чем женщин. Риск совершения самоубийства у больных маниакально-депрессивным психозом выше, чем в населении, в 40-50 раз; до 80% всех депрессий протекает с суицидными тенденциями. Как указывают А. Г. Амбрумова и В.А. Тихо-ненко (1980), при эндогенной депрессии суицидальные тенденции обнаруживаются у каждого второго больного, а суицидные попытки — у каждого четвертого. Самоубийство является причиной смерти 20% депрессивных больных. Наивысший уровень завершенных суицидов наблюдается в возрастном интервале 35-49 лет. Суицидальный риск выше в случаях депрессий легкой и средней степени выраженности, «открытых» для влияния средовых воздействий и личностных установок больных.

Ряд проявлений депрессии коррелирует с высоким суицидальным риском:

- генерализованная тревога с явлениями ажитации и двигательного беспокойства;
- дисфорический аффект;
- психогенный комплекс, включающий:
 - чувство отчаяния, безнадежности;
 - представление о безвыходности ситуации, невозможности получения помощи от ближайших родственников или медицинского персонала;
 - убеждение в собственной неизлечимости, наличии тяжелой болезни;
 - чувство вины, убежденность в совершении тяжких грехов, преступлений;
- бред нигилистического содержания; бред самообвинения с приговором самому себе и стремление к саморазрушению;
- мучительная бессонница, которая, наряду с нарастанием депрессивной симптоматики в ранние утренние часы, является частой ' причиной утренних самоубийств.

При суицидоопасной депрессии преобладают мотивы, обусловленные реальными конфликтами, переживаниями собственной измененности, депрессивной деперсонализацией, ощущением душевной боли. В 65% случаев формированию суицидального поведения предшествует гибель родственников, конфликты в семье, разрыв с близким человеком. В глубоких депрессиях суицидогенными являются бредовые идеи вины и ипохондрический нигилистический бред Котара. Суицидные попытки чаще совершаются при тревожно-тоскливом аффекте, на начальных этапах развития депрессивных фаз, у больных с астеническим, сенситивным и истероидным преморбидом. Самоубийство совершается часто импульсивно, в предраусветные часы. Особенно опасен период завершения депрессивной фазы, когда двигательная заторможенность снижается, а суицидоопасные переживания остаются достаточно актуальными. Наиболее опасны в плане суицида первые 5 лет заболевания.

Для дифференциальной диагностики эндогенной и психогенной депрессии применяют дексаметазоновый тест. В норме и при эндогенной депрессии прием дексаметазона через сутки вдвое снижает в крови уровень кортизола. При эндогенной депрессии под действием дексаметазона подавления экскреции кортизола не происходит. Циклотимия обычно обнаруживает свою природу положительной реакцией на терапию литием. Широко используются психометрические шкалы Гамильтона, Монтгомери-Асберга, Бека, Зигмонда и Снайта и др. (Смулевич, 2001; Вейн с соавт., 2002; Зиновьев, 2002; Бек с соавт., 2003).

По шкале Бека диагноз депрессии выставляется при общем балле 19 и больше.

Инструкция. Данный опросник составлен из групп утверждений. Внимательно прочтите каждую группу утверждений и выберите утверждение, которое наиболее точно отражает ваше самочувствие, образ мыслей или настроение на этой неделе, включая сегодняшний день. Обведите номер выбранного утверждения. Если несколько утверждений кажутся вам одинаково справедливыми, обведите их номера. Не делайте пометок в бланке, пока не прочтете все утверждения, объединенные общим номером.

ШКАЛА БЕКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ

Этот тест предназначен для оценки и определения депрессии. Суммируйте баллы тех вопросов, на которые Вы отвечаете утвердительно.

А	0	у меня нет плохого настроения	
	1	я испытываю подавленность или тоску	
	2А	я постоянно испытываю подавленность или тоску и не могу от них избавиться	
	2Б	я настолько несчастен, а настроение такое плохое, что доставляет мне мучение	
	3	я настолько несчастен, а настроение такое плохое, что я не могу этого вынести	
Б			
	0	я не испытываю особого пессимизма или растерянности по поводу будущего	
	1А	я испытываю растерянность по поводу будущего	
	2А	я чувствую, что у меня впереди ничего нет	
	2Б	я чувствую, что никогда не смогу преодолеть свои трудности	
	3	я чувствую, что будущее безнадежно, и что уже ничего нельзя исправить	
В			
	0	я не испытываю ничего похожего на несостоятельность	
	1	я считаю, что у меня больше неудач, чем у какого-то другого человека	
	2А	я чувствую, что слишком мало сделал чего-то стоящего или заслуживающего внимания	
	2Б	оглядываясь на свою жизнь, я вижу лишь череду неудач	
	3	я чувствую, что я полностью несостоятелен как личность (отец, мать, муж, жена и т.д)	
Г			
	0	я впервые удовлетворен собой	
	1А	я скучаю большую часть времени	
	1Б	я не получаю такого удовлетворения, как раньше	
	2А	я вообще не получаю удовлетворения	
	3	любое событие вызывает во мне недовольство	
Д			
	0	я не чувствую за собой никакой вины	
	1	я кажусь себе плохим, недостойным значительную часть дня	
	2А	я испытываю чувство вины	
	2Б	я кажусь себе плохим, недостойным, практически все время	
	3	мне постоянно кажется, что я очень плохой и никчемный человек	
Е			
	0	мне неоткуда ждать наказания	
	1	я чувствую, что со мной может что-нибудь случиться	
	2	я чувствую, что меня наказывают или что вот-вот буду наказан	
	3А	я чувствую, что заслуживаю наказания	

	3В	я хочу, чтобы меня наказали	
Ж			
	0	я в себе не разочарован	
	1А	я разочарован в себе	
	1Б	я себе не нравлюсь	
	2	я испытываю отвращение к самому себе	
	4	я самого себя ненавижу	
З			
	0	я не считаю, что я чем-то хуже других	
	1	я слишком критично воспринимаю свои слабости и ошибки	
	2А	я виню себя за то, что все идет не так	
	2Б	я знаю за собой очень много серьезнейших недостатков	
И			
	0	у меня нет даже мысли нанести себе вред	
	1	у меня возникают мысли о самоубийстве, но я не буду этого делать	
	2А	мне было бы лучше умереть	
	2Б	у меня есть план, как покончить собой	
	2В	я чувствую, что моей семье было бы легче, если бы я умер	
	3	я бы убил себя сам, если бы смог	
К			
	0	я плачу не чаще обычного	
	1	сейчас я плачу чаще, чем обычно	
	2	я все время плачу и не могу остановиться	
	3	раньше я мог заплакать, но теперь этого не получается, даже когда я хочу	
Л			
	0	сейчас я не более раздражен, чем обычно	
	1	я раздражаюсь и досадную больше, чем обычно	
	2	я все время испытываю раздражительность	
	3	меня уже не раздражают вещи, которые должны были бы раздражать	
М			
	0	я не утратил интереса к людям	
	1	я теперь меньше интересуюсь людьми	
	2	я утратил почти весь интерес к людям, и они не вызывают у меня каких-либо чувств	
	3	я утратил интерес к людям, их существование меня не заботит	
Н			
	0	я столь же нерешителен, как раньше	
	1	я не так, как раньше, уверен в себе и стараюсь отложить принятие решения на потом	
	2	я не решаюсь на что-либо без посторонней помощи	
	3	я вообще больше не могу принимать решения	
О			
	0	я выгляжу не хуже, чем раньше	
	1	я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим и непривлекательным	

	2	я замечаю в своей внешности устойчивые изменения, которые делают меня непривлекательным	
	3	я чувствую, что моя внешность стала безобразной, отталкивающей	
П			
	0	я могу работать также хорошо, как раньше	
	1А	мне требуются дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать	
	1Б	я не работаю так же хорошо, как раньше	
	2	мне нужно приложить значительные усилия, чтобы заставить себя что-нибудь делать	
	3	я совсем не могу работать	
Р			
	0	я сплю как обычно	
	1	утром я просыпаюсь непривычно усталым	
	2	я просыпаюсь на 2-3 часа раньше обычного и мне тяжело засыпать	
	3	я просыпаюсь раньше обычного и сплю не более 5 часов	
С			
	0	я утомляюсь не больше обычного	
	1	я утомляюсь легче, чем раньше	
	2	я утомляюсь от любого дела	
	3	я утомляюсь настолько, что не могу ничего делать	
Т			
	0	мой аппетит не хуже, чем раньше	
	1	мой аппетит не так хорош, как раньше	
	2	мой аппетит сильно ухудшился	
	3	у меня вообще больше нет аппетита	
У			
	0	если я потерял в весе за последнее время, то немного	
	1	я потерял больше 2 кг веса	
	2	я потерял больше 4 кг веса	
	3	я потерял больше 6 кг веса	
Ф			
	0	я думаю о своем здоровье не чаще, чем обычно	
	1	я обеспокоен из-за болей или других ощущений в теле, или из-за расстройства желудка, или из-за запоров	
	2	я настолько сконцентрирован на том, что чувствую и как я чувствую, что думать о чем-то другом трудно	
	3	я полностью погружен в свои ощущения	
Х			
	0	я не заметил никаких изменений в моей половой жизни	
	1	моя половая активность меньше, чем раньше	
	2	моя половая активность значительно снизилась	
	3	я утратил половую активность	

Диагноз депрессии по шкале Бека считается установленным, если вы набрали более 19 баллов.

ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ

А. Отношение к жизни/смерти

1. Желание жить.

- 0 От умеренного до сильного.
- 1 Слабое.
- 2 Отсутствует.

2. Желание умереть.

- 0 Отсутствует.
- 1 Слабое.
- 2 От умеренного до сильного.

3. Доводы в пользу жизни/смерти.

- 0 Доводов в пользу жизни больше, чем в пользу смерти.
- 1 Примерно одинаковы.
- 2 Доводов в пользу смерти больше, чем в пользу жизни.

Желание совершить активную суицидную попытку.

- 0 Отсутствует.
- 1 Слабое.
- 2 От умеренного до сильного.

5. Пассивная суицидная попытка.

- 0 Принял бы меры предосторожности, чтобы остаться в живых.
- 1 Положился бы на волю случая (вышел бы на проезжую часть улицы и т. п.)
- 2 Не предпринял бы ничего, чтобы остаться в живых (прекратил бы принимать жизненно нужные лекарства и т. п.)

Б. Характеристика суицидальной идеаторной активности

6. Продолжительность мыслей.

- 0 Мимолетные.
- 1 Достаточно продолжительные.
- 2 Неотступные. к

7. Частота.

- 0 Возникают очень редко.
- 1 То возникают, то исчезают.
- 2 Не отпускают.

8. Отношение к суицидальным мыслям/желаниям.

- 0 Отрицательное.
- 1 Амбивалентное; индифферентное.
- 2 Положительное.

9. Контроль над суицидальным поведением.

- 0 Уверен, что может противостоять суицидальным мыслям/желаниям.
- 1 Не уверен в этом.

2 Не контролирует себя.

10. Сдерживающие факторы (семья, религиозные убеждения, возможная инвалидизация в случае безуспешной попытки, необратимость поступка).

0 Не совершит самоубийства в силу сдерживающих факторов ' (указать, каких).

1 Принимает во внимание сдерживающие факторы.

2 Не думает о сдерживающих факторах. г

11. Причины предполагаемой суицидной попытки.

0 Манипулировать окружающими, привлечь к себе внимание, отомстить кому-то.

1 Сочетание «0» и «2».

2 Положить конец страданиям, разом решить все проблемы.

В. Характеристики предполагаемой суицидной попытки

12. Метод: степень продуманности.

0 Не обдуман.

1 Обдуман в общем виде.

2 Детально проработан.

13. Степень доступности метода и наличие возможности для совершения суицида.

• Недоступен в принципе; возможность отсутствует.

1 Для подготовки требуется время; в настоящий момент возможность отсутствует.

2 Метод доступен; возможность есть.

14. Субъективно ощущаемая способность к совершению суицида.

0 Считает, что ему не хватит смелости или что у него не получится убить себя.

1 Не уверен в том, что ему хватит смелости или компетентности, чтобы убить себя.

2 Уверен в собственной смелости и компетентности.

15. Ожидание/предвосхищение суицидной попытки.

0 Нет.

1 Слабое; под сомнением.

2 Есть.

Г. Реализация предполагаемого суицида

16. Реальная подготовка.

0 Нет.

1 Частичная (начал запасаться таблетками и т. п.).

2 Завершенная (имеет достаточный запас таблеток, заряженный пистолет и т. п.).

17. Предсмертная записка.

0 Нет.

1 Только начал составлять; только обдумывает.

2 Написана.

18. Последние действия и распоряжения (оформление завещания, страховка на близких, подарки друзьям и родственникам и т. п.)

- 0 Нет.
- 1 Думает об этом; сделал некоторые распоряжения.
- 2 Сделал все необходимые распоряжения.

19. Утаивание суицидальных намерений.

- 0 Высказывает их открыто.
- 1 Не говорит о них.
- 2 Скрывает их.

Д. Предпосылки для совершения суицида

20. Наличие суицидных попыток в прошлом.

- 0 Нет.
- 1 Одна.
- 2 Несколько.

21. Желание умереть после последней суицидной попытки.

- 0 Слабое.
- 1 Амбивалентные чувства.
- 2 Сильное.

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ **А.С. Зигмонда и Р.П. Снайта**

Тест предназначен для самостоятельного заполнения пациентом и сопровождается следующей инструкцией: «Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы — «тревога» (нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и «депрессия» (четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, из которых нужно выбрать один».

1. Я испытываю напряженность, мне не по себе.

- 3 — все время;
- 2 — часто;
- 1 — время от времени, иногда;
- 0 — совсем не испытываю.

2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство.

- 0 — определенно, это так;
- 1 — наверное, это так;
- 2 — лишь в малой степени это так;
- 3 — это совсем не так.

3. Я испытываю страх; кажется, будто должно случиться что-то ужасное.

- 3 — определенно, это так, и страх очень сильный;
- 2 — да, это так, но страх не очень сильный;
- 1 — иногда, но меня это совсем не беспокоит;
- 0 — совсем не испытываю.

4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное.

- 0 — определенно, это так;
- 1 — наверное, это так;
- 2 — лишь в малой степени это так;

3 — это совсем не так.

5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове.

3 — постоянно;
2 — большую часть времени;
1 — время от времени и не так часто;
0 — только иногда.

6. Я испытываю бодрость.

3 — совсем не испытываю;
2 — очень редко;
1 — иногда;
0 — почти все время.

7. Я легко могу сесть и расслабиться.

0 — определено, это так;
1 — наверное, это так;
2 — лишь изредка это так;
3 — совсем не могу.

8. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно.

3 — практически все время; 2 — часто; 1 — иногда; 0 — совсем нет.

9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь.

0 — совсем не испытываю;
1 — иногда;
2 — часто,
3 — очень часто.

10. Я не слежу за своей внешностью. 3 — определенно, это так;

2 — я не уделяю этому столько внимания, сколько нужно 1 — может быть, я стал меньше уделять этому внимания; 0 — я слежу за собой так же, как и раньше.

11. Я ощущаю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться.

0 — определенно, это так;
1 — наверное, это так;
2 — лишь в малой степени это так;
3 — это совсем не так.

12 Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения.

0 — точно так же, как и обычно;
1 — да, но не в той степени, как раньше;
2 — значительно меньше, чем обычно;
3 — совсем так не считаю.

13. У меня бывает внезапное чувство паники.

3 — очень часто;
2 — довольно часто; 1 — не так уж часто; 0 — совсем не бывает.

14. Я могу получать удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы.

- 0 — часто;
- 1 — иногда;
- 2 — редко;
- 3 — очень редко.

При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой из подшкал, при этом выделяются три области значений: 0 — 7 баллов — «норма» (отсутствие достоверно выраженной тревоги и депрессии), 8—10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия», 11 баллов и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия».

ТЕСТ «ДЕРЕВО»

Испытуемого просят нарисовать любое дерево, только не елку, и предупреждают, что задание не предназначено для оценки его художественных способностей. Рисунок выполняется на белой бумаге формата А4 простым карандашом, предлагается ластик. Лист бумаги испытуемому протягивают в длину. Переворачивание интерпретируется как протестная оппозиционность или независимость суждений. Время работы не ограничивается. После окончания работы можно задать испытуемому вопросы о том, живое ли это дерево, есть ли у него мертвая часть и где, в чем нуждается это дерево.

Верх рисунка олицетворяет собой духовно-интеллектуальную зону, развитие, контакт с окружающим миром. Центр репрезентирует сознательную жизнь, чувства. Нижняя часть рисунка символизирует бессознательное, материальную сферу, сексуальность, инстинкты. Левая половина листа — интроспекция, отношение к самому себе. Правая — связь с другими, экстраверсия, надежды на будущее.

В качестве признаков депрессии можно рассматривать вермишелеобразные корни со слабым нажимом карандаша; взорванное, мертвое или упавшее дерево; вялость и ослабленность ветвей; малую величину дерева или его кроны; отсутствие наклона ствола вправо; отсутствие линии земли; изображение ствола и ветвей одной простой линией; бедность рисунка деталями; опавшие листья. Слабая, прерывистая линия указывает на астенические включения. Сильная, густая, отрывистая проштри-ховка может быть маркером тревоги.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ

*Печали, как и дети, лучше растут, когда их лелеют.
Кэролайн Холланд*

Психоаналитики выделяют такие характерные для депрессии личностные защиты, как вытеснение ненависти и проекция ее («меня не любят»), а также конверсию, которая особенно специфична для соматизированной депрессии. Вытесненная ненависть вызывает чувство вины и потребность в возмещении мнимого ущерба. Это может приводить к формированию реакции в виде чрезмерного самопожертвования в отношениях с ненавистным объектом и культу материнства.

З. Фрейд и К. Абрахам связали развитие депрессии с конфликтом между любовью и враждебностью к объекту утраты. Больной меланхолией неспособен разрешить этот амбивалентный конфликт и впадает в депрессию. Карл Абрахам отмечает также частую связь депрессии с испытанными в детстве переживаниями по поводу появления в семье второго ребенка и ранними утратами. В последнем случае происходит интроекция объекта любви, и затем человек постоянно может находиться в противостоянии с интроецированным объектом и всеми объектами переноса.

У людей, которые испытали в детстве недостаточную или чрезмерную родительскую любовь, выявляется особая предрасположенность к депрессии. Оба этих типа людей могут посвящать свою жизнь тому, чтобы заслуживать любовь или одобрение окружающих. Многие депрессивные пациенты сообщают, что стиль их воспитания сочетал в себе поверхностную заботу и жесткую опеку; такой стиль получил название «неэмпатичный контроль». Отто Кернберг отмечает, что люди, родители которых способствовали тому, что они стали либо слишком зависимыми, либо самоуверенными, скорее впадают в депрессию, когда отношения с окружающими вызывают у них чувство незащищенности и неуверенности.

По М. Кляйн (2001), депрессивное реагирование является инфантильным механизмом (регрессом к депрессивной фазе развития). Для включения этого механизма у взрослого человека необходимы следующие условия:

- 1) пережитое в детстве амбивалентное отношение к материнской груди и болезненная фиксация на ней, при этом она интроецируется;
- 2) в детстве имелось нарушение самооценки после отнятия от груди, в результате не

сформировалось доверие к себе, возникло возвращение к амбивалентной зависимости от груди.

Мелани Кляйн разделяет депрессивную вину на страх за любимый объект, лежащий в основе выдвинутой З. Фрейдом и К. Абрахамом аутоагрессивной концепции депрессии, и персекуторную тревогу. Она указывает, что хороший объект вызывает чувство зависти, то есть оральную агрессию с желанием поглотить и уничтожить этот объект. Символически эта цель достигается с помощью интернализации объекта. Агрессивное отношение к объекту вызывает страх лишиться его, который порождает потребность возместить нанесенный в воображении ущерб. В защите от страха наказания участвуют также отрицание причиненного ущерба, идеализация и контроль за внешними и внутренними объектами. Если эти защиты от персекуторной тревоги оказываются недостаточными, они приобретают характер маниакальных. Чувства и фантазии о страданиях объекта отщепляются, отрицаются и подавляются. Депрессивные чувства заменяются отрицанием значимости объекта и триумфом над ним, презрением и обесцениванием. Появляется безразличное или циничное отношение к нему, может заблокироваться сама способность любить. Вместо нее возникает сексуальная расторможенность в виде навязчивой мастурбации у ребенка или промискуитета у взрослого маниакального больного. Маниакальные защиты охраняют Эго от переживания депрессии, но одновременно препятствуют переработке депрессивных чувств, создавая тем самым порочный круг, в котором чередуются депрессивные и маниакальные состояния.

Г. Аммон (1995) описывает нарциссическую депрессию, когда больной пытается получить любовь, которую не может дать сам. В результате неудачи он прибегает к «деструктивному отмежеванию вовнутрь», которое проявляется в виде внутренней пустоты с отказом действовать, реагировать, испытывать потребности, желания и фантазии, вступать в контакт с людьми и собственным бессознательным. Это защищает его от дезинтеграции личности и суицида. Суицид Аммон называет «попыткой первично-процессуальной защиты» от страха, связанного с бессознательным конфликтом идентичности. Страх возникает при появлении «требования к отграничению собственной идентичности», которое воспринимается как невыносимая угроза. Конфликт идентичности является результатом нарушения раннего развития Я, создающего нарциссический дефицит, «дыру в Я».

Ставрос Менцос (2001) выделяет следующие реакции на фрустрацию при аффективных расстройствах.

- Угрожающее снижение чувства собственного достоинства, которое проявляется как упорное чувство собственной несостоятельности, а также бред греховности и обнищания.
- Обратная реакция — компенсаторное и/или маниакальное самовозвеличивание, проявляющееся как реактивация грандиозного или всемогущего Суперэго.
- Состояния агрессивности, ажитации, озлобления (ажитированная депрессия или гневная мания).
- Уклон в соматизацию, способствующий развитию психосоматических болезней.
- Суицидальные тенденции как спасение от угрозы полного отвержения собственного «Я».

Автор рассматривает депрессию как подавление фрустрационной агрессии и опережающее самообесценивание. Психомоторная заторможенность и стремление к уединению несут защитную функцию («обезболивание апатией»). Депрессивный бред усиливает влияние Суперэго, под его влиянием человек убеждает себя, что является скверным грешником, благодаря чудовищному самоунижению и самонаказанию он пытается примириться с Суперэго. Маниакальную расторможенность автор истолковывает как всеобщее отрицание пониженной самооценки и душевной боли. Эта защита не только подавляет противостоящие внутриспсихические силы, но и способствует возникновению мегаломанического (грандиозного по масштабу) бреда.

М.М. Решетников (2003) выделяет следующие психодинамические механизмы депрессии.

А. Бессознательные (формирующие механизмы депрессивного реагирования):

- 1) утрата объекта любви;
- 2) формирование реакции на утрату объекта любви;
- 3) интроекция объекта любви и нарциссическая идентификация с ним;
- 4) нарушение дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;
- 5) генерация агрессии, направленной на объект, но переадресованной на себя;
- 6) фрагментация и ослабление Эго, возможно — опустошение Эго;
- 7) утрата способности любить (других и себя) в сочетании с чувством вины;
- 8) переход функций интроецированного объекта из Эго в Суперэго и трансформация последнего в карающую инстанцию.

Б. Сознательные (запускаемые конкретной психотравмирующей ситуацией):

- 9) появление ощущений, связанных с «беспричинной» душевной болью;
- 10) обобщенное обращение всех враждебных чувств к объекту на себя;

- 11) разрушение катексированного образа себя и своей идентичности;
- 12) углубление конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;
- 13) формирование садистически-мазохистической установки и позиции;
- 14) развитие дефекта самооценки, не имеющей никаких внешних источников «подпитки»;
- 15) снижение общей энергетики личности;
- 16) вынужденный частичный или полный отказ от активной деятельности.

Автор подчеркивает межличностный характер депрессии и указывает на возможность ее связи не только с орально-садистической фазой по представлениям К. Абрахама и М. Кляйн, но и с эдиповым конфликтом. Так, некоторые женщины не могут установить отношений с мужчинами из-за амбивалентных чувств к соперничающей материнской фигуре, которой они сочувствуют и боятся. Мужчина с эдиповой по своей природе депрессией также может переносить на соперника сильную привязанность к отцу в сочетании с разочарованием в нем.

Даниель Хелл (1999) отмечает, что партнеры депрессивных больных чаще Других окружающих критикуют больного супруга, проявляя тенденцию самоутвердиться за его счет. Автор описывает порочный круг, развивающийся обычно между депрессивным больным и его партнером. Больной (Б) угнетен, раздражен — партнер (П) пытается противодействовать уговорам, призывами. Б реагирует медленно, не может выполнить просьбу — П впадает в уныние, становится несдержанным, требовательным, испытывает чувства враждебности и вины. Б чувствует себя непонятым, уединяется — у П постепенно нарастает напряженность, он проявляет противоречивые реакции сближения-отстранения. Б становится все более беспомощным, трудно доступным для общения, обвиняет себя — П реагирует, исходя из повышенных требований к себе в целях самозащиты, контролирует Б, который становится заторможенным, замкнутым и вследствие этого менее чувствительным. Автор указывает, что при переживании утраты «депрессивная защита, словно панцирь, сковывает свободу двигательных актов». Оцепенение играет в таких случаях положительную роль, блокируя возможность суицидальных действий на период переработки утраты.

Р. М. Lewinsohn (1974) указывает на значение социальной дезадаптации в начале развития депрессии. Постепенное снижение положительной стимуляции (уменьшение приятных или увеличение неприятных событий) приводит к снижению настроения и самообвинению. Если начинается депрессия, то вторичная выгода (положительная стимуляция симпатией, вниманием и т. д.) усиливает состояние до уровня клинически выраженной депрессии.

Согласно теории приобретенной беспомощности Мартина Селигмана (Seligman, 1975), в формировании депрессии участвует неспособность человека контролировать жизненные события. Автор предположил, что встреча с неконтролируемыми событиями приводит к когнитивной и эмоциональной недостаточности, которая в результате вызывает «приобретенную беспомощность». События развиваются следующим образом. При неудачной попытке достичь желанной цели человек переживает фрустрацию; ему кажется, что дальнейшие усилия бессмысленны; у него появляется чувство беспомощности. Подтверждается ранее существовавшая у него убежденность, что его поступки не получают положительного подкрепления, и человек уменьшает количество попыток, направленных на улучшение своего положения. В конечном счете у него возникает чувство общего бессилия и депрессия.

К. Дернер и У. Плог (1997) перечисляют следующие отказы, характерные для развития депрессии: возникающие при выборе пути, профессиональной адаптации; при идентификации с идеализированным любовным объектом с утратой аутоидентификации; связанные с уходом из родительской семьи и добрачной компании при вступлении в брак; возникающие при невозможности достичь интимности в супружестве или победить брачного партнера с целью самоутверждения.

Обязательной составной частью депрессии является печаль, которая возникает в результате действительной или воображаемой утраты, угрожающей безопасности, благополучию и самоуважению человека. Предрасположенность к печали формируется на оральной стадии, в период максимальной беспомощности и зависимости младенца. Печаль является основным компонентом переживания траура. При переживании утраты происходит идентификация с утраченным объектом с регрессом на орально-садистическую стадию с ее фрустрациями, когда ребенок испытывает к матери амбивалентные чувства любви и ненависти. В результате появляется чувство гнева. Однако суровое Суперэго наказывает человека при каждом появлении агрессивных побуждений чувством вины за повышенные претензии «Я». Чувство вины трансформирует агрессию в аутоагрессию. При этом наблюдается, в частности, отказ от пищи, который толкуется как выражение вытесненного орального либидо с его деструктивными тенденциями. Дополнительной защитой от агрессивных импульсов служит страх действия, блокирующий мотивационно-волевую сферу. Переживание своей несостоятельности в ситуации утраты приводит к развитию тревоги, которая ведет свое происхождение из сепара-ционного синдрома маленького ребенка. Снижение самооценки

сопровождается переживанием стыда как показателя чувства неполноценности. Кроме того, используются следующие Эго-защиты: формирование реакции, изоляция аффекта, уничтожение сделанного.

Ряд депрессогенных установок основаны на «тирании долженствования» по Карен Хорни (1993). Наиболее распространенные долженствования таковы.

1. Я должен быть самым щедрым, тактичным, благородным, мужественным и самоотверженным.
2. Я должен быть идеальным другом, любовником, супругом, родителем, студентом, учителем.
3. Я должен справляться с любым затруднением с полным самообладанием,
4. Я должен быть способен быстро найти решение любой проблемы. -}
5. Я никогда не должен страдать; я всегда должен быть счастливым и безмятежным.
6. Я должен все знать, понимать и предвидеть.
7. Я должен всегда владеть собой, я должен всегда управлять своими чувствами.
8. Я должен считать виновным себя, я не должен никогда и никому причинять боль.
9. Я никогда не должен испытывать усталость или боль.
10. Я должен быть всегда на пике продуктивности.

Фридрих Ницше описал процесс преодоления подобной тирании во время своей депрессии, которая научила его терпению и выживанию. В вынужденном бездействии Ницше пришлось сосредоточить все внимание на подавленных обычно чувствах и мыслях, на своей Самости. Благодаря этому его страдания обрели смысл, и он нашел в себе самом столько счастья, как никогда.

Райнер Телле (1999) указывает, что больные дистимией часто воспитываются по типу тревожной гиперопеки, которая оберегает ребенка от опасностей окружающего мира, но делает его зависимым, ранимым и несамостоятельным. Обычно подобная гиперопека отражает вытесненные агрессивные тенденции матери по отношению к ребенку и направлена на запрет проявлений враждебных чувств с обеих сторон. Ребенку разрешено испытывать лишь страх и чувство вины. Так агрессия ребенка трансформируется в ге-тероагрессию, и у него формируется амбивалентный конфликт между потребностью в независимости и страхе разлуки. Впоследствии даже при угрозе отвержения возникает глубокая нарциссическая обида, появляются враждебные чувства к объекту зависимости, которые обращаются против пациента в форме самообвинений.

Вальтер Бройтигам (1999) подчеркивает, что больные депрессией обнаруживают оральную зависимость от идеализируемого объекта, в том числе от врача. При этом больной колеблется между безотказным пассивным поведением, не откликающимся лишь на предложение принять помощь, и упорными активными тенденциями, отражающими поиск признания. Он предпочитает угождать другим и защищать их. Своим безупречным образом жизни больной старается отвергнуть таящиеся в нем агрессивные тенденции. Став ненужным, больной лишается своей обычной защиты, и агрессия обнаруживается в виде самоупреков. Внимание врача к страданиям больного в какой-то степени компенсирует ему утраченные отношения, подкрепляя тем самым механизм депрессии.

Аарон Бек (2003) предложил когнитивно-бихевиоральную модель депрессии, в которой она рассматривается как логическое следствие негативных схем познания, при которых образ Я, жизненный опыт и будущее рассматриваются «через черные очки». Эти схемы формируются на ранних этапах жизни и могут активизироваться жизненными ситуациями или стрессом. Автор описал когнитивную депрессивную триаду: негативное отношение к самому себе с самообвинениями; негативная интерпретация жизненного опыта с переоценкой прошлого; пессимистический взгляд на будущее.

А. Бек обнаружил в происхождении депрессии патогенную роль следующих когнитивных нарушений:

- функциональная фиксация (снижение активности мышления, его стереотипность вследствие «связанности» мышления прошлым опытом);
- избирательность памяти с акцентом на негативные аспекты прошлого опыта;
- произвольность выводов — формирование их в отсутствие достаточных фактических данных;
- избирательная абстракция, когда целостное представление о ситуации формируется на основе одного, вырванного из контекста элемента с игнорированием остальных;
- сверхгенерализация — формирование обобщающего вывода на основании единичного случая; «максимизация-минимизация» — приписывание ситуации или ее аспектам неадекватно преувеличенного или преуменьшенного значения.

Автор выделяет установки, предрасполагающие к развитию депрессивных переживаний. «Чтобы быть счастливым, я должен быть удачливым во всех начинаниях. Чтобы чувствовать себя счастливым, меня должны понимать (любить, восхищаться) все и всегда. Если я не достиг вершины, то потерпел провал. Как чудесно быть популярным, известным, богатым; ужасно быть неизвестным, посредственным. Если я допускаю ошибку, значит, я глуп. Моя ценность как личности зависит от того,

что думают обо мне другие. Я не могу жить без любви. Если моя супруга (возлюбленная, родители, ребенок) не любит меня, значит, я ни к чему не годен. Если кто-то со мной не соглашается, значит, он не любит меня. Если я не использую каждый шанс для собственного продвижения, то позже я об этом пожалею».

В свою очередь, в формировании перечисленных когний выявлено участие следующих онтогенетических факторов:

- утрата одного из родителей в детстве, после чего человек любые утраты интерпретирует как необратимые, вызывающие чувство потери контроля над событиями и небезопасности;
- опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания в детстве сепарационной тревоги;
- опыт небезопасной привязанности в раннем детстве, чаще всего — к тревожной или отвергающей матери, неспособной обеспечить чувство безопасности;
- наличие родителя, убежденного в своей неполноценности, и/или имеющего жесткую, ригидную систему убеждений и правил; эти установки перенимаются ребенком на основе моделирования и социальной идентификации;
- негативный опыт общения со сверстниками, братьями и сестрами; дефицит социального опыта и социальных навыков; — все это препятствует эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений;
- физический дефект (избыточный вес, ношение очков и т. п.) формирует низкую самооценку, а личностная защита в форме избегания контактов препятствует проверке и изменению детских коммуникативных схем.

А. Холмогорова и Н. Гаранян (1999) связывают депрессивные и тревожные расстройства с культами успеха и достижений, силы и конкурентности, рациональности и сдержанности, характерными для нашей современной культуры. Авторы отмечают эффект обратного действия сверхценной установки: культ успеха и достижения, при его завышенной значимости, ведет к депрессивной пассивности, культ силы — к тревожному избеганию и ощущению беспомощности, культ рассудка — к накоплению эмоций и разрастанию их физиологического компонента.

Запрет на эмоции блокирует рефлекссию, без которой невозможен самоанализ, он подменяет ее усыпляющим самообманом, о чем ярко пишет Макс Фриш: «У большинства из нас имеются чувства, которые мы предпочли бы не иметь. Существуют два выхода, и оба никуда не ведут: либо мы, насколько возможно, подавляем наши примитивные эмоции, рискуя при этом и вовсе убить мир своих чувств, либо называем недостойные чувства другими именами — налепляем на них фальшивый ярлык, угодный нашему сознанию. Чем утонченнее и изощреннее наше сознание, тем многочисленнее, тем благороднее лазейки, которые мы изыскиваем, тем остроумнее самообман. Завышенные требования к себе обязательно приводят к необоснованным угрызениям совести: один ставит себе в укор, что он не гений, другой, что, несмотря на все старания, не стал святым. Сознывая свои поражения, мы, однако, не понимаем их как сигналы, как симптомы неправильного устремления, уводящего нас прочь от себя, странным образом наше тщеславие направлено не на сближение с собой, а на дальнейший разрыв».

ТЕРАПИЯ

Эмоция перестает быть страстью, как только мы придаем ей ясный и понятный смысл.

Спиноза

Биологическое лечение. Неопытный врач может поверить депрессивному больному, что лечение антидепрессантами, проводимое ему в прошлом, оказалось неэффективным. Подобные утверждения связаны с негативной оценкой больным своего прошлого и не должны приниматься на веру. Наиболее эффективную терапию при эндогенной депрессии помогает выбрать седуксеновый тест — внутривенное введение 20-40 мг 0,5% раствора седуксена. Если после вливания депрессивные переживания на время исчезают, то показаны противотревожные средства (амитриптилин, триптизол), если же симптомы сохраняются, то более эффективен мелипрамин.

Наибольшее распространение для лечения депрессивных состояний получили трициклические антидепрессанты благодаря их воздействию как на тоску, так и на тревогу. К ним относятся мелипрамин и амитриптилин, терапевтический эффект которых начинает проявляться в течение 1-3 недель. Трициклические антидепрессанты обладают холинолитической активностью. В результате этого они могут вызвать нарушение четкости зрения, сухость во рту, головокружение, тахикардию и сильное сердцебиение. Они часто вызывают запоры, более тяжелыми побочными эффектами являются задержка мочеиспускания и паралич подвздошной кишки. и.

Г.А. Скибина и И.В. Полякова (1990) для скорейшего купирования острого аффективного напряжения и блокады активных суицидальных тенденций считают целесообразным применение

психотропных препаратов, дающее быстрый седативный, антидепрессивный, стабилизирующий эффект. В клинической картине суицидоопасных депрессий обычно превалирует тревожно-депрессивный синдром, который купируют комбинацией малых и средних доз антидепрессантов (пиразидол, азафен, герфонал, амитриптилин) и транквилизаторов с седативным действием (феназепам, элениум, седуксен). При дезорганизации поведения используют нейролептики тормозного действия: тизерцин, хлорпротиксен, терален, сонапакс. В стационарных условиях предпочтительнее парентеральное введение препаратов.

При астено-депрессивном синдроме, присущем отставленным психогенным депрессиям, назначают комбинацию антидепрессантов (пиразидол, азафен, петелил), малых или средних доз транквилизаторов со стимулирующим действием (грандаксин, рудотель, фризидум) и ноотропов (ноотропил, пантогам, энцефабол), а также проводят курс общеукрепляющей терапии (витамины, алоэ, ретаболил). Антидепрессанты со стимулирующим эффектом (мелипрамин, анафранил, нуредаль) и психостимуляторы (сиднокарб) могут усиливать тревогу и активизировать суицидальные тенденции.

Тревожные депрессии требуют интенсивной терапии высокими дозами амитриптилина. Необходимо учитывать, что амитриптилин в начале лечения и при резком повышении доз особенно часто ухудшает самочувствие больных, которые прекращают прием лекарств и утрачивают доверие к врачу. Это приводит к резкому обострению суицидоопасных тенденций, и зачастую больные используют для отравления именно лекарственные препараты.

При преобладании психомоторной заторможенности, тоски, апатии и психической анестезии показаны сочетания амитриптилина, герфонала и мелипрамина. Чтобы высокие дозы мелипрамина не усилили тревоги, используется капельное внутривенное введение, а также комбинация с эглонилом и малыми дозами стелазина или этаперазина. Для купирования суицидоопасных депрессий в инволюционном возрасте применяют сонапакс, терален, хлорпротиксен, пропазин на фоне сосудистых средств и ноотропов.

Аффективные реакции дезорганизации с внезапным появлением идеи суицида характерны для психопатических лиц возбудимого и истероидного круга, а также для лиц с отдаленными последствиями органического поражения ЦНС. Быстрое купирование подобных состояний требует применения на короткое время нейролептиков (аминазина, тизерцина, галоперидола). В дальнейшем при ведущем истеро-депрессивном синдроме назначают небольшие дозы антидепрессантов в сочетании с неуплептилом и сонапаксом Или высокими дозами феназепама и седуксена.

М.Б. Данилова и Т.И. Пепеляева (1987) рекомендуют на начальном этапе терапии суицидоопасных депрессий назначать эглонил, который быстро проявляет стимулирующий эффект, улучшает умственную работоспособность, общительность и потенцирует действие антидепрессантов. Больные становятся доступнее психотерапии, оптимистичнее, что снижает суицидальный риск.

Выписка больных из стационара осуществляется лечащим врачом совместно с заведующим отделением на основании следующих критериев.

1. Выход из болезненного состояния, обусловившего суицидальное поведение, с появлением критики к совершенным суицидальным действиям.
2. Разрешение психотравмирующей ситуации путем нейтрализации неблагоприятных факторов среды и переориентации личности в плане утверждения ее жизненных позиций.
3. Создание оптимального микроклимата в ближайшем окружении больного (семья, производство, сферы общения), в которое он попадает после выписки.
4. Возможность возвращения больного к прежней работе или поиск путей социально-трудовой реабилитации.

Для предотвращения рецидивов необходима поддерживающая терапия в течение 6 месяцев, при биполярном течении используют соли лития.

В смешанных случаях применяют пиразидол и азафен, при наличии фобий и навязчивостей эффективен анафранил. Эти препараты могут вызвать нарушение четкости зрения, сухость во рту, головокружение, тахикардию и сильное сердцебиение. Они часто вызывают запоры, более тяжелыми побочными эффектами являются задержка мочеиспускания и паралич подвздошной кишки. Об этих побочных эффектах следует предупредить больного и использовать их как доказательство действия препарата. Более мягкими препаратами широкого спектра являются лудиомил, герфонал, паксил, феварин, коаксил, леривон, ремерон, ципрамил, прозак (отечественный аналог — профлузак). При болях дополнительно назначают сонапакс, при желудочно-кишечных дисфункциях — хлорпротиксен, эглонил.

Терапевтический эффект антидепрессантов начинает проявляться в течение 1-3 недель, при этом первыми устраняются нарушения сна и аппетита, затем уходит адинамия, и лишь в последнюю очередь — психологический компонент депрессии. Поскольку возвращение прежнего уровня энергии обычно происходит на фоне сохраняющейся меланхолической безнадежности, это повышает риск

суицида. Распространенная врачебная ошибка — выдать в это время больному рецепт на большое количество лекарств, достаточное для совершения самоубийства.

Применяют также лекарственные растения с антидепрессивным действием: аралию, зверобой, астру ромашковую, вербену, вьюнок полевой, герань розовую, донник, душицу, жасмин, женьшень, кориандр, лаванду, лимонник, мелиссу, розу, шафран, элеутерококк.

Полезны валериана, мята, пустырник, фенхель, хмель, кинза, укроп, петрушка, базилик, сельдерей. Рекомендуются заменить сахар медом, есть больше рыбы, орехов, бобовых и цельных зерен, сырых овощей и фруктов, принимать витамин С и натуральную пчелиную пыльцу (аптечный препарат). При ипохондрической депрессии особенно эффективен отвар из корней цикория.

Больному советуют больше двигаться, увеличить продолжительность сна, перед которым принять теплый душ, но не вытирать кожу насухо. Временный терапевтический эффект при аффективном расстройстве имеет депривация (лишение) сна. Для лечения сезонной депрессии назначают курс прозака от 2 до 4 месяцев. Эффективна фототерапия (пребывание в солярии, освещенном лампами от 2500 до 10 000 люкс). Больным рекомендуют не пользоваться солнцезащитными очками, брать отпуск зимой, на выходных совершать длительные лыжные или пешие загородные прогулки. В интерьере квартиры желательно использовать светлые обои, ковры и мебель.

Судорожная терапия применяется при депрессии вне зависимости от того, вызваны судороги электрическим током или коразолом. Субконвульсивные электрические стимулы могут привести к оглушению и амнезии и даже могут удовлетворить желание больного быть наказанным. Основным показанием является лечение тяжелой депрессии, особенно сопровождающейся бредом, и депрессии, резистентной к терапии антидепрессантами. Этот метод также используется у пожилых людей, у которых выражены побочные эффекты антидепрессантов и нейролептиков.

После купирования депрессивной симптоматики продолжают лечение эффективным антидепрессантом в течение времени, вдвое превышающего продолжительность предыдущего приступа. Для предотвращения рецидива назначают поддерживающую терапию в течение 6-12 месяцев: при биполярном течении используют соли лития, для профилактики депрессивных приступов используют в период ремиссии финлепсин.

Психотерапия. Больной, находящийся в глубокой депрессии, не имеет сил для психотерапевтической беседы; безуспешные старания психотерапевта могут усилить у него чувство неполноценности и вины. Попытки развеселить, «расшевелить» больного совершенно неуместны. Более эффективным является тихое, сочувственное нахождение рядом с больным, чтобы разделить его страдания и проявить искреннее участие. Важнее, чем содержание слов, становится интонация — она должна напоминать музыку, которую предпочитают меланхолики: музыку светлой печали. При таком подходе больной чувствует, что он не одинок, может опереться на понимающего человека и с ним вместе дождаться, пока из-за черных туч снова выглянет солнце.

Психоаналитическая терапия. Е. Jacobson (1971) указывает на необходимость утонченной эмпатической связи между аналитиком и депрессивным клиентом, которому нужны относительно частые и продолжительные встречи в зависимости от его настроения, теплое отношение и уважение — установки, которые не следует путать с чрезмерными добротой, симпатией, успокоением. Депрессивному клиенту нельзя отдавать очень мало или, наоборот, много, поэтому не следует допускать воцарения бессмысленной тишины или говорить чрезмерно много, слишком быстро или проникновенно.

Терапия ориентирована на формирование у больного адекватной самооценки и понимания собственных подсознательных конфликтов и мотиваций, которые могут вызывать и поддерживать депрессию.

М. Кляйн указывает, что в терапевтическом плане важно различать, страдает пациент от депрессивной вины или от персекуторной тревоги. При этом следует учитывать, что персекуторный аспект часто выходит на первый план как экран и защита против лежащих глубже депрессии и вины. Большое значение придается анализу негативного переноса. Автор пишет: «Если аналитик склонен подкреплять позитивный перенос, он избегает того, чтобы играть в психике пациента роль «плохой» фигуры и интроецируется преимущественно как «хороший» объект. Кроме того, в некоторых случаях вера в хорошие объекты может быть укреплена в достаточной мере, но при этом очень далека от стабильности, т. к. пациент не был способен пережить ненависть, тревогу и подозрения, которые на ранних стадиях жизни были связаны и с опасными фигурами его родителей. И только в процессе анализа как негативного, так и позитивного переноса, в результате которого аналитик выступает попеременно то в роли хорошего, то в роли плохого объекта, любимой или ненавидимой фигуры, то вызывая восторг пациента, то рождая в нем страх, пациенту удается проработать, а, следовательно, и модифицировать ранние стадии тревог; уменьшается расщепление между плохими и хорошими

фигурами, они становятся более синтезированными, то есть агрессия смягчается благодаря либидо. Иначе говоря, тревога преследования и депрессивная тревога, можно сказать, ослабляются в самом своем основании» (Кляйн, 2001, с. 336-337).

М.М. Решетников (2003) перечисляет основные вопросы, которые аналитик должен решить в диагностической стадии. Какие нарциссически ценные ожидания пациент не смог реализовать (начиная с самого раннего детства)? Кто для него значимый другой, ради которого он живет, в ком нуждается и от которого не получает желаемого отклика? Существует ли вина, связанная с подавленной агрессией, и если да, на кого направлен его гнев и отчаяние и к кому он обращается за любовью? Какие актуальные события предшествовали депрессии, и как они могут быть связаны с событиями раннего детства, патологическими паттернами чувств и поведения?

Основной задачей терапии автор считает доведение до сознания пациента межличностного смысла и глубинного содержания депрессии, после чего пациент переходит от самообвинений к обвинению значимого другого. При этом терапевт должен принять мощные чувства любви и ненависти, которые пациент тут же перенесет на терапевта. Автор выделяет следующие стадии терапии:

- 1) вытеснение интроецированного объекта из Суперэго и восстановление собственного Суперэго пациента при поддержке Суперэго терапевта;
- 2) ослабление садистически-мазохистической установки и позиции;
- 3) медленная интеграция и укрепление собственного Эго и своей идентичности;
- 4) восстановление более объективной оценки себя и объекта, а также способности полюбить других и себя при одновременной редукции чувства вины и проецировании его вовне (в том числе — на терапевта);
- 5) переадресация агрессии на объект (и временно — на терапевта), отреагирование негативного аффекта в терапии и оплакивание его;
- 6) «реинтроекция» объекта любви, «сепарация» от него и постепенный отказ от нарциссической идентификации с ним, открывающие возможность для проработки;
- 7) некоторое повышение общей энергичности личности;
- 8) формирование дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;
- 9) редукция конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;
- 10) обретение новых объектов любви и привязанностей.

G. Strupp (1975) разработал кратковременную психодинамическую терапию с акцентом на отношениях в процессе лечения и парадигме переноса с целью вскрыть и скорректировать ранние конфликты и депрессогенные стереотипы. Важными частями терапевтического процесса являются интерпретации, незаметный контроль за поведением пациента, не прямое предложение новых способов переживания и поведения.

Межличностная терапия (МЛТ) Дж. Клермана и М. Вейсмана (Klerman, Weissman, Rounsaville, 1984) — кратковременный (12-16 недель) амбулаторный курс лечения субдепрессий (часто в комбинации с антидепрессантами). Эта методика была разработана для больных с непсихотическими депрессивными расстройствами. Она является индивидуальной психотерапией, направленной на улучшение общения и оценки окружающего, разъяснение особенностей эмоциональных состояний и облегчение межличностных контактов. Хотя терапия основывается на психодинамической теории, центр тяжести переносится с интрапсихических конфликтов на осознание конфликтов с ближайшим окружением и разрешение их; терапевтические отношения строятся по принципу активного сотрудничества. Примером могут служить ролевые обсуждения (дискуссии) межличностных нарушений, таких, как выраженная самозащита при общении. Обычно применяется в комбинации с лечением антидепрессантами.

Первая стадия терапии посвящена диагностике, выявлению особенностей межличностного конфликта, определению срока лечения, частоты встреч. Пациента информируют о клинике депрессий, их происхождении, течении и прогнозе. Вместе с пациентом выясняют, какая из четырех основных межличностных тем (печаль, межличностные конфликты, изменение социальной роли и межличностные дефициты) связана с началом депрессивного расстройства. Обсуждают план лечения, выделяя значение перестройки межличностных отношений; при необходимости подбирают антидепрессанты.

Вторая стадия является основной. Решаются следующие задачи: преодоление депрессивного состояния, разрешение межличностных конфликтов, приспособление к изменению социальных ролей значимых других (уход повзрослевших детей из дома и т. п.) и коммуникативный тренинг. Психотерапевт активно руководит пациентом, поддерживает в решении конкретных проблем. Терапевтические взаимоотношения обсуждаются, если начинают мешать терапии.

Если пациент переживает горе в связи со смертью любимого человека, терапевт должен

способствовать процессу переживания траура и убедить пациента пересмотреть свои интересы и отношения, которые заменят ему утраченные отношения. При наличии межличностного конфликта необходимо установить характер ссор, составить план корректирующих действий и изменить ожидания человека в связи с конфликтом или изменить стиль общения в целях разрешения конфликта.

Для гармонизации межличностных отношений с окружающими предпринимаются следующие шаги:

- 1) построение вместе с пациентом лучшей модели взаимодействия;
- 2) разработка новых стратегий решения актуальных коммуникативных проблем;
- 3) выработка умения лучше преодолевать стрессовые ситуации в межличностном общении;
- 4) перестройка устаревших стереотипов взаимоотношений со значимыми другими, не соответствующих их изменившимся требованиям и новым возможностям пациента;
- 5) активный отказ от изживших себя схем общения в пользу более эффективных;
- 6) закрепление нового стиля общения в различных ситуациях.

Поскольку после проведения второй стадии терапии межличностные конфликты обычно сохраняются, третья стадия нацелена на диагностику конфликта и улучшение взаимоотношений в следующих сферах: коммуникация, половая жизнь, регулировка границ интимности и откровенности, проблемы власти в семье и достижение социально значимых ролей. Изменение социальных ролей партнеров по общению требует и от пациента смены своей роли. При этом решаются следующие терапевтические задачи:

- 1) человек справляется с потерей и принимает потерю старой роли;
- 2) пациент начинает рассматривать новую роль в более позитивном свете;
- 3) следом за достижениями при воплощении новой роли восстанавливается самооценка.

Последний набор целей адресуется пациентам с недостаточным развитием межличностных навыков. В работе с этими людьми терапевт старается уменьшить их социальную изоляцию и способствовать поиску новых отношений. Трансактные аналитики М. Гулдинг и Р. Гулдинг (1997) связывают происхождение суицидогенных установок с Родительским предписанием «Не будь!», которое приводит к следующим ранним решениям Ребенка: I «Если все пойдет слишком плохо, я убью себя. Если ты не изменишься, я убью себя. Я убью себя, и ты пожалеешь об этом (или полюбишь меня). Я почти умру, и ты пожалеешь об этом (или полюбишь меня). Я заставлю тебя убить меня. Я докажу тебе, даже если это меня убьет. Я доведу тебя, даже если это меня убьет».

Цель терапии заключается в принятии Ребенком нового решения никогда [не убивать себя. Работа начинается с заключения со Взрослым контракта [не убивать себя, по крайней мере, во время прохождения курса терапии. {На втором этапе терапии Ребенок борется против уничтожающего Родительского предписания и заново решает жить. В течение третьего этапа Приспособившийся Ребенок расстается с представлением о себе, как о никчемном и незначительном человеке, а Свободный Ребенок признает свою внутреннюю ценность и объявляет себя достойным жить. В завершающей, четвертой стадии терапии пациент становится себе родителем, и новый Родитель любит] Ребенка и заботится о нем.

Когнитивная терапия депрессий — краткосрочный курс, рассчитан [обычно на 20-25 сессий в течение около 12 недель. Когнитивная терапия связывает развитие психических симптомов и синдромов с привычными ошибками мышления (познания). Терапия основана на выявлении и коррекции хронических искажений мышления и неадаптивных установок, входящих в когнитивную депрессивную триаду по А. Беку (негативный взгляд на мир, на будущее, на себя). Главными задачами при этом становится осознание [правил неверной обработки информации и замена их на правильные.

А. Бек с соавт. (2003) выделяют четыре базовые терапевтические мишени [при работе с непсихотической депрессией, требующие применения специфических когнитивных подходов: 1) астения (необходимо поощрение к действию); 2) самокритичность («Допустим, я совершу такие же ошибки, станете ли вы меня за это презирать?»); 3) отсутствие удовлетворенности и удовольствия (в дневнике события дня оцениваются знаками «+» и «-»); 4) отчаяние и суицид (пациенту показывают неубедительность его представления о ситуации, как безвыходной).

А. Бек описывает две наиболее эффективные техники, разработанные им для повышения настроения депрессивных больных. 1. Техника учета проявлений активности. Пациент записывает все свои повседневные дела и в конце дня просматривает список. 2. Терапия мастерства и удовольствия. В конце дня пациент просматривает список совершенных дел и за каждое дело ставит балл от 0 до 10, соответствующий степени достижения и удовольствия. Применение указанных техник восстанавливает у больного пробелы в восприятии своего поведения, обнаруживает негативные иррациональные установки типа: у меня ничего не получится, меня ничего не радует и т. п. Используются также следующие методы.

- Катарсис. Пациента побуждают к аффективной вербализации своего состояния и плачу. При

этом он начинает себя жалеть, отрицание себя заменяется симпатией к себе. ч

- Идентификация. Перевод аутоагрессии в гетероагрессию. Порицание других вместо самокритики позволяет «выпустить» гнев, что дает ощущение силы и власти.

- Разыгрывание ролей. Терапевт жестко критикует пациента, используя его манеру самокритики. Пациент осознает перегибы собственной критики.

- Три колонки. В 1-й пациент описывает ситуацию, во 2-й — возникшие в ней неадаптивные мысли, в 3-й — их сознательную коррекцию. Таким образом он исследует свои неадаптивные мысли, которыми реагирует на ситуацию или провоцирует ее, а также лучше формулирует и систематизирует адаптивные мысли.

- Реатрибуция (атрибуция — причинное объяснение поведения). Пациент, обвиняющий во всем себя, ищет другое объяснение события, перебирая все его возможные причины. Благодаря этому восстанавливается адекватное тестирование реальности и восстанавливается самооценка.

- Переопределение. Например, «никто не уделяет мне внимания» переформулируется как «я нуждаюсь в чьей-то заботе». Пациент более точно и открыто определяет свою проблему.

Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогорова (1996) начинают терапию с принятия пациентом безусловного положения: «Чтобы изменить чувства, надо изменить вызвавшие их идеи». Авторы выделяют четыре этапа терапии.

1. Идентификация неадаптивных мыслей методом сократовского диалога (майевтика — греч. повивальное искусство): вопросы ставятся таким образом, чтобы пациент давал лишь положительные ответы и сам пришел к принятию суждения, которое в начале беседы не принимал или не понимал.

2. Отдаление: перевод эгосинтонных мыслей в эгодистонные.

3. Проверка обоснованности неадаптивных мыслей с использованием поведенческих техник.

4. Замена неадаптивных мыслей на адаптивные.

Используются специфические когнитивные методы:

- декатастрофизация (коррекция масштаба переживаний);
- сравнение с другими людьми;
- выявление логического несоответствия;
- поощрение заочной вербальной гетероагрессии (при аутоагрессии);
- метод «трех колонок» А. Бека;
- переопределение (с негативных формулировок проблемы на позитивные);
- децентрация (наблюдение за окружающими вместо тревожного ожидания неудачи).

Пациентам важно также научиться навыкам уверенного и эмпатического общения с помощью ассертивного и сенситивного группового тренинга. Полезными оказывается знакомство с библейскими заповедями: «Во дни благополучия пользуйся благом, а во дни несчастья размышляй»; «От скорби происходит терпение, от терпения опытность, от опытности надежда»; «Время плакать, и время смеяться; время сетовать, и время плясать».

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) Альберта Эллиса (1994, 2002). Человек по Эллису от рождения склонен мыслить иррационально. С другой стороны, он способен корректировать собственное мышление. Автор выделяет типичные иррациональные убеждения, которые становятся терапевтическими мишенями.

- существует жестокая необходимость быть любимым или одобряемым каждым человеком в значимом окружении;

- каждый должен быть компетентным во всех областях знаний;

- большинство людей аморальны и достойны презрения;

- произойдет катастрофа, если события пойдут не так, как запланировал человек;

- человеческие несчастья обусловлены внешними силами, которые почти не поддаются контролю человека;

- если существует опасность, не стоит пытаться ее преодолеть;

- легче избегать жизненных трудностей, чем взаимодействовать с ними и нести за них ответственность;

- слабый всегда зависит от сильного;

- прошлая история человека должна влиять на его поведение сейчас;

- не следует беспокоиться о чужих проблемах;

- надо отлично решать все проблемы, иначе произойдет катастрофа;

- если человек не контролирует свои эмоции, ему нельзя помочь.

Эллис вывел широко известную формулу поведения «ABCDE», где

A — antecedents (что предшествовало поведению),

B — behavior (поведение и сопровождающие мысли и чувства),

C — consequences (последствия поведения для пациента и его окружения),

D — дискуссия,

E — эффект.

Например, отвергнутый (А) любовник дополнительно к рациональному (В) переживанию события находится под влиянием иррациональных мыслей (С): «Значит, я ничего не стою; любая женщина отвергнет меня; я должен был лучше стараться; я заслужил такое наказание». Терапевт показывает ему, что не вызывающее событие А привело к нарушениям С, а иррациональные мысли В. На этапе D иррациональные убеждения пациента подвергаются сомнению: «Действительно ли отвержение является катастрофой? Как оно может уменьшить мою значимость? Где доказательства того, что я не смогу понравиться ни одной женщине? Почему я обязан был еще больше стараться? По какому закону меня можно осудить за случившееся?» На этапе E иррациональные мысли заменяются рациональными: «Ситуация очень неприятна, но не катастрофична; я не являюсь ничего не значащим, если не думаю о себе так; наверняка в будущем я кому-то понравлюсь; никто не требует насильно быть милым; нет закона, осуждающего за отвергнутую любовь».

Терапия проводится как индивидуально, так и в РЭТ-группах и фокусируется на опознании иррациональных установок, ведущих к патологическим эмоциональным и психосоматическим реакциям, конфронтации с данными установками, их пересмотре и закреплении рациональных установок.

На первом этапе терапии достигается тарификация (прояснение, англ.) — выявление наиболее значимых параметров вызывающих событий. Дифференцируются события, которые могут и которые не могут быть измерены. Достигается осознание системы оценочных когний, затрудняющих разрешение конфликта, происходит перестройка данной системы и принятие решения об изменении ситуации.

Второй этап — идентификация следствий (прежде всего — аффективных их аспектов). Цель этого этапа — выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Терапевт наблюдает за экспрессивными реакциями пациента при рассказах о событии, дает ему обратную связь, говоря о своем восприятии упомянутых реакций, высказывает предположение о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации. Выявляются иррациональные установки: катастрофические, обязательного долженствования, обязательного удовлетворения своих потребностей, глобальные оценочные установки и т. д. Имеются в виду прежде всего убеждения в том, что человеку жизненно необходимы всеобщее одобрение и любовь, что он должен быть компетентным во всем и всегда добиваться любых целей.

Заключительный этап — реконструкция иррациональных установок, которая проводится на трех уровнях: когний, воображения и прямого действия. Большое значение имеют самостоятельные задания, способствующие закреплению адаптивного поведения.

Участникам группы предлагают вести дневник, в котором они обсуждают проблемы, возникающие в процессе выполнения домашних заданий, и затем предлагают группе вместе поработать над ними. Домашнее задание необходимо тщательно индивидуализировать с учетом текущих возможностей индивида и особенностей его окружения. Независимо от целей тренинговой группы, она включает такие компоненты, как учебная модель, постановка цели, измерение и оценка.

Учебная модель предусматривает отношение к участникам группы не как к пациентам, а как к учащимся. Вместо исследования проблемных форм поведения руководитель предлагает упражнения по тренировке недостающих навыков. Постановка цели происходит совместно с терапевтом, который активно руководит группой, планируя каждое задание в связи с намеченной целью, и ориентирует участников на ее достижение. Измерение и оценка с помощью различных тестов и приборов производятся на протяжении всей работы, что позволяет ставить адекватные задачи и объективировать достижения.

В тренинговой группе не прибегают к интерпретациям, игнорируют переносы, не анализируют сопротивление. При отказе участника делать упражнение или вступить в обсуждение руководитель предлагает ему побыть в роли наблюдателя и включиться, когда тот захочет. Попытки обсуждать полезность предлагаемого упражнения откладываются до его завершения. Если вся группа отказывается выполнять упражнение, необходимо предложить ей несколько других на выбор. Преобладание на занятиях уныния, раздражения и т. п. негативных чувств может стать поводом для работы с этими чувствами.

Поведенческая терапия направлена на корректировку специфических нежелательных поведенческих паттернов. Наиболее широко применяются следующие методы: 1) отвлечение (вовлечение в интересное общение, физическую активность, игры, социальные контакты); 2) воображение (Пациент: «Я не смогу». Терапевт: «Вообразите и попробуйте»).

Используется техника положительного подкрепления по П. Левинсону (Lewinsohn, 1975). Методика основана на следующих принципах: пациент активно участвует в терапевтическом процессе,

психотерапевт вдохновляет пациента на позитивную активность, используются последовательные и специальные задания, пациенты учатся регулировать свое настроение и управлять им, увеличивается количество приятных событий, уменьшается число неадаптивных поступков, приобретаются когнитивные и социальные навыки.

При этом большое значение придается обучению родственников и партнеров больного положительной обратной связи. С больным проводят тренинг основных социальных навыков, которые должны позволить ему эффективно использовать потенциальные подкрепляющие стимулы. Обеспечивают повышение частоты позитивного подкрепления не только в социальной сфере, но и во время работы и досуга. Важной частью метода является ежечасное протоколирование пациентом деятельности, которой он занимается, с одновременной оценкой своего настроения. При неглубоко соматизированной (маскированной) депрессии используются также гипнотерапия и арттерапия.

Тренинг умений. Для пациентов, которые не могут выразить или проконтролировать гнев, страдают из-за низкой самооценки и невозможности постоять за себя или учесть интересы других, особенно полезным является обучение уверенности в себе — ассертивный тренинг. По Келли, в основе уверенного поведения лежат следующие неотъемлемые права человека: право на одиночество, независимость, успех; право на выслушивание его и принятие всерьез; право на получение того, что заработано (оплачено); право на отказ выполнить просьбу, не испытывая чувства вины и эгоизма; право самому обращаться с любыми просьбами; право делать ошибки и самому отвечать за них; право не быть напористым.

Обучение начинается с оценки степени уверенности в себе. Пациенту предлагают составить подробный перечень пугающих социальных ситуаций, определить жизненные поведенческие реакции, разработать совместно с терапевтом поэтапную программу упражнений (закключается индивидуальный договор). Он должен выполнять эти упражнения вначале мысленно, затем с партнером во все более трудных ситуациях; затем нужно закрепить навык и перенести его в критическую ситуацию, моделируя «по обстоятельствам». Ему следует научиться снимать чрезмерное напряжение с помощью релаксации и самоинструкций, использовать для обратной связи рассказ партнера о производимом впечатлении (особенно в отношении невербального поведения), приступать к более сложной ситуации лишь при стабильном совладании (копинге) с прорабатываемой, постоянно закреплять успех через повторение. Применяется метод самоконтроля, когда ежедневно заполняется журнал домашней работы.

Навыки уверенного общения вырабатываются по методу репетиции поведения, с помощью структурных ролевых игр (Лазарус, 2001; Ромек, 2002). А. Lange, P. Jakubowski (1976) выделяют четыре типа современных ассертивных групп: центрированные на ролевых играх, темоцентрические, комбинированные (с тренингом самосознания и коммуникативных навыков, с трансактным анализом), а также неструктурированные группы, ориентированные на текущие индивидуальные проблемы участников. Авторы выделяют пять способов выражения уверенности:

- 1) базовый — прямое сообщение;
- 2) эмпатический — говорится и о предполагаемых чувствах партнера;
- 3) выражение уверенности по нарастающей, если продемонстрированная уверенность не приносит результатов;
- 4) конфронтация — напоминание оппоненту о его невыполненных обещаниях и конкретные пожелания, требования;
- 5) монолог — описание неприемлемых действий партнера, собственных чувств и пожеланий в связи с этим.

Число участников группы может быть от 4 до 30, оптимальным считается 6-10 человек. Время групповой сессии — в среднем 90 минут. Группа может собраться всего один раз (тренинговая группа, марафон) или заниматься несколько месяцев, а то и лет (группа личностного роста). Она может быть однородной или разнородной по проблемам, диагнозам, возрасту, полу, уровню образования. Гомогенные группы предпочтительнее для краткосрочной терапии или тренинга, гетерогенные — для личностно- и межличностно-ориентированной терапии. Терапевтическая группа обладает мощным поддерживающим потенциалом, позволяющим в ряде случаев избежать госпитализации больного. Однако в травмирующей ситуации может оказаться полезнее включить больного в состав стационарной терапевтической группы, являющейся, в свою очередь, структурной частью терапевтической среды (Кратохвил, 1978). После выписки из стационара некоторым больным полезно посещать Клуб бывших пациентов с целью повышения уровня адаптации, организации социально-психологической поддержки, участия в различных формах терапии творчеством. Оперативная эмоциональная поддержка может быть оказана методом «захода в группу».

Одна из наиболее распространенных методик группового социально-психологического тренинга — репетиция поведения, которая представляет собой ролевое проигрывание жизненных ситуаций от

легких до более трудных. Ключевые компоненты методики — моделирование, инструктаж, подкрепление. Этапы проведения:

- 1) определение поведенческой мишени (постановка задачи);
- 2) инструктаж (предложение упражнения, советы по его выполнению, поддержка);
- 3) разыгрывание ситуации;
- 4) моделирование желательного поведения;
- 5) отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
- 6) получение обратной связи (поведение активных участников в конце занятия обсуждается «аквариумом» — наблюдающей частью группы с максимальной поддержкой).

Групповая терапия для депрессивных больных с выраженными суицидальными тенденциями показана в кризисных группах (Старшенбаум, 1987). Участие в группе более двух пациентов с высоким суицидальным риском или выраженной депрессивной симптоматикой требует слишком много внимания и времени, а при эндогенном механизме депрессии может создать неразрешимые проблемы для группы. Пассивность и ангедонизм депрессивных больных уравнивают включением в группу больного психопатией аффективного круга, однако двое таких больных нередко вступают в соперничество между собой, подавляя остальных и дезорганизуя работу группы. Состояние других пациентов может улучшиться в атмосфере взаимной поддержки, группового обсуждения личных проблем и положительного подкрепления, а также благодаря межличностному взаимодействию и немедленной коррекции когнитивных дисфункций другими членами группы.

Когнитивно-поведенческий подход направлен на улучшение самоконтроля в различных его фазах. В фазе самонаблюдения — изменение тенденций к избирательному восприятию и избирательным воспоминаниям. В фазе самооценивания — постановка адекватных поведенческих целей и изменение дисфункциональных атрибуций. В фазе самоподкрепления — планирование и реализация самопоощрения как на материальном уровне, так и на уровне внутренней речи. Задачей терапии является устранение дефицита в следующих сферах: коммуникация, поведенческая продуктивность (в том числе в постановке адекватных поведенческих целей), социальное взаимодействие, самоутверждение, умение принимать решения и разрешать проблемы, когнитивный самоконтроль. Терапевтические процедуры варьируют в зависимости от конкретного случая заболевания; по возможности, в лечебный процесс вовлекается супруг или супруга пациента.

Арнольд Лазарус (2001) при лечении дистимии использует следующий подход. Определить, по крайней мере, 20 приятных для пациента занятий (в том числе прежних) и приучить пациента находить для них время хотя бы пару раз в день. Обращать при этом внимание на приятные ощущения: визуальные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, мышечные. Использовать методы снижения тревожности (релаксацию, медитацию, спокойное самоутверждение) в сочетании с тренингом асертивности. Вспоминать прошлые успехи; представлять небольшие, но успешные результаты; применять представления об успешном совладании с ситуацией; посмотреть на сегодняшнюю ситуацию из успешного будущего. Произвести когнитивную перестройку депрессивного мировоззрения пациента (дихотомические разделения, сверхобобщения, негативные ожидания и склонность к представлению катастрофических последствий). С помощью копинг-стратегий (десенсибилизации, ролевого проигрывания, асертивного тренинга) обучить пациента следующим навыкам: умению сказать «нет» необоснованным требованиям; способности добиваться расположения от других; выражению позитивных чувств; выражению критики и несогласия. Назначать антидепрессанты по просьбе пациента стоит лишь после того, как терапевт удостоверится, что пациент не ищет «магическую пилюлю», то есть будет исключена тенденция к лекарственной зависимости.

Джеймс Мак-Каллоу (2000) описывает программу когнитивно-бихевиоральной аналитической системы психотерапии (КБАСП), разработанную им для лечения больных хронической депрессией. Автор включает сюда пять форм депрессии.

1. Дистимия.
2. Двойная депрессия (приступ большой депрессии на фоне дистимии).
3. Рекуррентная большая депрессия, длящаяся более двух лет, без полного восстановления между эпизодами.

. Хроническая большая депрессия без ремиссии в течение более двух лет.

5. Сочетание двойной депрессии и хронической большой депрессии.

В происхождении хронической депрессии автор придает ведущее значение остановке в развитии или возвращению к уровню дооперационного мышления, свойственного детям от 2 до 7 лет.

Подобному мышлению свойственны следующие особенности:

- 1) глобальность и алогичность мышления;
- 2) мыслительные процессы не подвержены влиянию логики и доводам других;

- 3) глубокий эгоцентризм в видении себя и других;
- 4) вербальная (коммуникация осуществляется преимущественно в режиме монолога;
- 5) неспособность проявлять подлинную эмпатию;
- 6) плохой контроль аффективных проявлений в стрессовой ситуации.

В связи с указанными особенностями основной целью лечения является культивирование способности включать (в процесс решения социальных проблем формальные операции по Пиаже.

Депрессия рассматривается автором как нарушение в системе «человек — окружающая среда», поэтому второй целью лечения является улучшение способности пациента сопереживать при вступлении в социальное взаимодействие. Для достижения этой цели осуществляется регламентированная вовлеченность терапевта в личностные взаимоотношения с пациентом с целью модифицировать его поведение. Проблемы переноса концептуализируются посредством техники обобщения гипотезы внутрисессионного переноса [(История Значимого Другого) и прорабатываются в процессе лечения. [Во время терапевтической сессии применяется терапевтическая техника под названием «Ситуационный Анализ» для обострения психопатологии пациента. В качестве неотъемлемых мотивационных стратегий для изменения поведения используются методы отрицательного подкрепления.

Семейная терапия особенно показана в случаях, когда депрессия у пациента представляет угрозу стабильности семьи и связана с событиями внутри нее. В главе «Семейная кризисная терапия» описана разработанная нами семейная терапия кризисных пациентов. При выписке депрессивного больного из стационара, когда у него возникает критическое отношение к болезни, полезно обсудить с ним в присутствии близких риск повторения приступа. Необходимо достичь соглашения, что близкие должны будут обратиться к врачу в случае ухудшения его состояния, даже если больной по своим болезненным мотивам будет возражать против этого. Родственников следует предостеречь против попыток предпринимать какие-либо шаги за спиной больного, чтобы не потерять его доверие и не укрепить у него уверенность, что все вокруг против него.

Д. Хелл (1999) приводит следующие рекомендации по поведению для партнеров депрессивных больных. Отрицательные ощущения больного (например, жалобы на апатию, бессонницу, соматические жалобы) не следует принимать за безделицу, игнорировать их, не давать их высказывать. Не допускать никаких плоских утешительных высказываний или тривиальных подбадриваний. Никаких маневров с целью развеселить больного, если первая попытка в этом направлении была безуспешной. Оценить сиюминутную безнадежность как проявление депрессивного состояния, дать больному реальную надежду на окончание депрессии.

Не апеллировать к его воле. Не говорить больному, что он «должен взять себя в руки», что он «мог бы, если бы захотел». Дать больному почувствовать, что его не считают несостоятельным, что он не виновен в болезненном состоянии, в котором находится в настоящее время. Не апеллировать к таким добродетелям, как вера или чувство ответственности.

Освободить больного от необходимости принимать решения, если это для него мучительно. Вести себя с больным спокойно, ровно, уверенно. Самому организовать визит больного к врачу и сопровождать его. Ни в коем случае не допустить принятия больным важных решений в период депрессивного эпизода: например, переменить профессию, расторгнуть брак, планировать рождение ребенка и т. д. Только относительная разгрузка в области личных и служебных контактов (за исключением случаев тяжелой депрессии). Никаких кардинальных изменений в установившихся привычках. При отчетливо выраженной депрессии — не уходить в отпуск.

Показать свое сочувственное участие и понимание, когда больному тяжело что-то делать, но поддержать его в выполнении собственных насущных и реальных задач. Обратит внимание больного на все то, что ему удастся сделать, но не позволять себе триумфальных интонаций. Следить за регулярным соблюдением режима, ритмичным распределением в распорядке дня (подъем, работа, еда, отход ко сну), который должен соблюдаться в будни, выходные и праздничные дни. Поддерживать больного, не допускать, чтобы он по утрам залеживался в постели, ложился спать слишком рано и уединялся полностью в течение дня. Дать больному понять, что сексуальные желания во время депрессии теряют свою силу или вовсе пропадают. Поддерживать в больном сознание необходимости ухода за собой (соблюдение санитарных норм).

Не позволять себе при общении с больным пасть духом, например, когда чувствуешь, что больной на все твои усилия реагирует отрицательно, отвергает любые предложения. Не ослаблять взаимоотношений и не обрывать их, когда вербальный контакт застопоривается. В присутствии больного избегать наигранной веселости, оживленности, пересказа сплетен, анекдотов. Избегать выражений, которые могли бы заставить больного улыбнуться, так как это может пробудить в нем чувство вины или боязнь осрамиться. Никаких упреков и замечаний. Помнить, что депрессивный больной очень чувствителен и раним и во всем легко усматривает подтверждение того, что его

считают никчемным, ни на что неспособным. Быть осторожным в выражении иронии, сарказма и так называемых безобидных шуток. Чувство юмора во время депрессии часто пропадает.

Не напоминать лишний раз о былых успехах и достижениях. Во время тяжелой депрессивной фазы не пытаться выяснить причины и поводы изменения настроения. По возможности сосредоточить внимание на текущем моменте, на испытываемых в данное время чувствах. Если больной в состоянии плакать (чего многие депрессивные больные не могут), поощрить его, дать выплакаться. Не поддерживать в больном тенденции постоянно требовать от себя самообладания.

В случаях неглубокой депрессии стараться стимулировать дыхание больного (дыхательная гимнастика, плавание, телесно-ориентированная терапия). Возможно: специальный массаж, например, затылка, живота. Поощрять творческое самовыражение (рисование, музицирование, танцы) только тогда, когда у больного появится такое желание.

М. Голант и С. Голант (2001) приводят примеры того, как должны реагировать близкие депрессивного больного: не на содержание его высказываний, а на испытываемые им чувства.

- «Я одинок». — Не говорите: «Нет, ты не одинок! Я сейчас сижу с тобой. Неужели моя забота для тебя ничего не значит?» Говорите: Я знаю, что ты сейчас чувствуешь себя одиноким. Может быть, я могу чем-нибудь помочь? Я рад просто быть с тобой. Вместе мы победим это чувство одиночества».

- «К чему все это? Жизнь не стоит того, чтобы жить. Нет смысла так продолжать дальше». — Не говорите: «Как ты можешь так думать? У тебя двое прекрасных детей и прекрасная работа. Я люблю тебя. У тебя есть все, чтобы жить». Говорите: «Я знаю, что сейчас ты испытываешь такое чувство, но я хочу, чтобы ты знал, что ты много значишь для меня и для детей. Мы преодолеем это чувство безнадежности вместе».

- «Я всех измучила своим состоянием». — Не говорите: «Вовсе нет. Видишь? Со мной все в порядке. У меня сегодня был хороший день. И, кроме того, я делал все возможное, чтобы помочь тебе». Говорите: «Я знаю, что у тебя сейчас такое чувство. И, разумеется, порой бывает нелегко нам обоим, но мы преодолеем это обременительное чувство вместе».

- «Что было бы, если бы меня больше не стало с вами?» — Не говорите: «Не говори глупостей! Да что такое с тобой стряслось?!» Говорите: «Я бы ужасно скучал по тебе. Ты важна для меня. Я хочу дожить с тобой до старости. Мы пройдем через это вместе».

- «Я ничтожество». — Не говорите: «Если ты будешь о себе думать лучше, ты перестанешь говорить такие глупости». Говорите: «Я знаю, что сейчас ты чувствуешь себя бесполезным человеком, но мы это преодолеем».

- «Что бы ни делал, все плохо. Я никогда ничего не достигну». — Не говорите: «Что ты говоришь? Ты талантливый инженер! Ты прекрасный отец! Ты просто любишь делать из мухи слона». Говорите: «Я знаю, что это печально, когда дела идут не так, как тебе хотелось бы. Меня это также огорчает. Чувство неудачи поистине болезненно. Но мы преодолеем это вместе».

- «Как долго мне еще мучиться? Кажется, мне никогда не станет лучше». — Не говорите: «Полно тебе! Ведь ничто не длится вечно. Ты и сам это знаешь». Говорите: «Я знаю, что страшно, когда приходится так много страдать. Но чувства приходят и уходят. Мы справимся с этим вместе».

©— Доктор! У меня депрессия.

— Лучшее лекарство — с головой окунуться в работу.

— Но я замешиваю бетон!

Суициды у бредовых больных и больных шизофренией

ПАРАНОИДНЫЕ СИНДРОМЫ

Синдром Кандинского-Клерамбо (психического автоматизма). При остром течении наблюдается чувственный бред воздействия, преследования, яркие чувственные автоматизмы и вербальные псевдогаллюцинации (звучащие мысли с характером сделанности). Развивается бредовое восприятие окружающего с растерянностью, страхом, возбуждением. Может быть симптом [Двойника с ложными узнаваниями, бред интерметаморфоза с идеями, что больному «показывают представление», бред особого значения, когда определен-шим событиям или предметам придается символическое значение.

При хроническом течении синдрома Кандинского-Клерамбо отмечается :истематизированный персекуторный бред воздействия (при инвертированном бреде — с ощущениями и убеждением в собственном «экстрасенсорном» воздействием на людей). Имеются псевдогаллюцинации, чаще :слуховые, разнообразные автоматизмы, эмоциональное напряжение и бредовое возбуждение.

Могут быть сенестопатии, парестезии, отдельные кататонические симптомы. В зависимости от преобладания симптоматики выделяют галлюцинаторную форму синдрома и бредовую (в том числе ипохондрическую).

Депрессивно-параноидный синдром включает тревожно-тоскливый аффект, замедление и ускорение течения ассоциаций, чувственный бред (осуждения, преследования), бред особого значения, чередование гипокинезии и ажитации, отдельные кататонические симптомы. Наблюдаются также парейдолии (живые зрительные иллюзии), аффективные вербальные иллюзии, функциональные галлюцинации (стимулируемые реальными раздражителями), псевдогаллюцинации — произвольные яркие чувственные представления.

Реактивный параноид развивается обычно в новой, непривычной ситуации с вынужденным лишением сна (например, «железнодорожный параноид» С.Г. Жислина). На фоне нарастающей тревоги возникают бредовые идеи отношения, преследования, особого значения, сопровождающиеся галлюцинациями. Наблюдается аффективное сужение сознания, ажитация, суицидальные попытки с целью «избежать наказания» или обреченная неподвижность с «ожиданием своей участи».

Индукцированный бред («бред вдвоем») характеризуется идеями преследования, которые развиваются чаще у сестер. Имеет место социальная изоляция, при которой индуктор страдает психическим заболеванием и является лидером для другого человека, через которого он поддерживает ограниченный контакт с реальностью. Подчиненное лицо стремится к заботе и одобрению со стороны лидера. Они объединяются в борьбе против враждебного им мира при кверулянтском бреде, вместе переживают опасения и надежды при бреде преследования, ущерба и (плохого) отношения. Готовность к параноидному восприятию мира изначально имеется у обоих, но больше у индуктирующего. Между больными существует созависимость с жестким распределением ролей. Заболевание ведомого восстанавливает его подчиненное положение. Бред становится дополнительным интимным связующим звеном в их амбивалентных взаимоотношениях. Необходимо учитывать опасность самоубийства и убийства. Как правило, изоляция пассивного партнера приводит к его быстрому выздоровлению; при этом необходимо помочь пациенту найти новые способы поддержки и компенсации утраченных взаимоотношений. Последние годы отмечается много случаев развития индуцированного бреда в религиозных группах, приводящих, в частности, к массовым самоубийствам, убийствам членов сект, насилию над детьми и другим тяжким правонарушениям.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения (гр. schizo — дроблю, phren — ум) выделена Эугеном Блейлером (1993) на основании специфического расщепления (схизиса) познавательной функции. Основными диагностическими критериями шизофрении по Э. Блейлеру являются четыре «а»: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм. Для ассоциаций характерна компартментализация (сосуществование несоединимых мыслей), бедное и не соответствующее реальности содержание мышления, плохое вероятностное прогнозирование и нелогичность. Последняя проявляется в беспорядочности ассоциаций, их поверхности, разорванности, обстоятельности, соскальзывания (с темы), а также в обрывах мыслей, эхололии и неологизмах — патологических словообразованиях. Характерны аутистическое мышление, нарушение способности к абстрагированию и бредовые идеи. Аффективность изменена в форме обеднения и притупления эмоций, их неадекватности и лабильности, дурашливости. Отмечаются волевые изменения: неадекватные побуждения и мотивации, выраженная амбивалентность (сосуществование несоединимых желаний) и амбитендентность (то же — в отношении решений). Нарушается коммуникация: появляется аутизм (уход в себя), эмоциональная и социальная отчужденность, агрессивность, неадекватность в социальной сфере.

Курт Шнайдер выделил симптомы I ранга при шизофрении: звучание мыслей, спорящие, обсуждающие или комментирующие голоса, отчуждение мыслей с другими ощущениями воздействия на мышление, передача мыслей на расстояние, «сделанные» волевые акты, аффекты и желания, ощущение соматической беспомощности.

Диагностика шизофрении по МКБ-10 требует, чтобы не меньше месяца [отмечался минимум один из признаков, перечисленных в перечне I, или минимум два признака из перечня II.

Перечень I:

- 1) «эхо» — мысли, вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей;
- 2) бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к мыслям, действиям, движениям или ощущениям; бредовое восприятие;

3) «голоса», комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы «голосов», исходящих из какой-либо части тела;

4) стойкие бредовые идеи, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие, как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, ; заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности ; управлять погодой или общении с инопланетянами).

Перечень II:

1) Галлюцинации любого вида, если они отмечаются ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и неструктурированным) без отчетливого аффективного содержания;

2) неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;

3) явления кататонического ступора или возбуждения;

4) «негативные» симптомы: выраженная апатия, речевое обеднение, уплощенность или неадекватность эмоциональных реакций.

Имеется деление шизофрении на I тип с преобладанием позитивных симптомов (разорванность мышления, галлюцинации, странное поведение и повышенная речевая активность) и II тип с преобладанием негативных

симптомов (обеднение и притупление эмоций, бедность содержания речи, обрывы мыслей, снижение заботы о своем внешнем виде, неопрятность, недостаток мотивации, ангедония, социальная отчужденность, когнитивные нарушения и расстройства внимания). Позитивные симптомы обычно поддаются лечению антипсихотическими препаратами. Негативные симптомы в меньшей степени поддаются лечению.

К основным клиническим формам шизофрении относятся:

1. Параноидная — систематизированный синдром Кандинского-Клерамбо, бред или частые слуховые псевдогаллюцинации, связанные одной темой.

2. Гебефренная или дезорганизованная — гебоидный синдром, выраженная разорванность мышления или крайне дезорганизованное поведение.

3. Кататоническая — ступор или мутизм, застывание в позах, каталепсия, негативизм, беспричинное импульсивное возбуждение, гримасничанье и манерность, эхолалия и эхопраксия.

4. Простая — отчуждение от социальной среды и связанных с работой ситуаций, незаметная и постепенная утрата энергетического потенциала и жизненных устремлений.

Течение. В детстве больные отличаются малой спонтанностью, пониженной реактивностью, они пассивны, послушны и незаметны. Болезнь чаще начинается в 15-25 лет, начало может быть острым или постепенным. Манифестации болезни предшествует продром {грен, предвестник болезни) в виде тревожной растерянности, необоснованных страхов или депрессии. Для констатации продромальной фазы необходимо наличие по крайней мере двух из нижеследующих симптомов:

1) отчетливая социальная изоляция (аутизм);

2) отчетливое ухудшение в психическом функционировании;

3) странное поведение;

4) нарушение правил личной гигиены;

5) неадекватный аффект;

6) специфические нарушения речи;

7) странные убеждения, влияющие на поведение и не соответствующие культурным нормам (появившаяся вдруг убежденность в возможности сверхпроницательности, вера в телепатию и т.п.);

8) необычные эпизоды ощущений, иллюзий, воздействия;

9) отчетливое снижение инициативы, интересов, энергии.

Выделяют следующие формы течения: непрерывная, приступообразно-прогредиентная (шубообразная, от нем. *shub* — сдвиг), рекуррентная (циркулярная, периодическая) и малопрогредиентная (вялотекущая). Более типично течение в виде повторяющихся приступов с частичным выздоровлением между ними. Острое начало после стресса или наличие аффективных симптомов связано с вероятностью более благоприятного исхода. Хроническое прогредиентное течение сопровождается постепенной деградацией личности в форме апатобулического синдрома с редукцией энергетического потенциала и социальным снижением. Продуктивные симптомы со временем блекнут, негативные нарастают. Рецидивы болезни (в среднем один раз в два года)

наступают почти у всех больных, не получающих лечение, и у половины, получающих его. Каждый второй больной совершает попытку самоубийства. Последние 50 лет исход шизофрении улучшился за счет более эффективного лечения. Параноидные формы стали более частыми, а кататонические и гебефренические — более редкими. Иногда болезнь полностью проходит даже при отсутствии лечения.

Шизоаффективное расстройство, рекуррентная (возвратная) шизофрения включает «шизофренические» и «аффективные» симптомы, которые по представленности, тяжести и продолжительности находятся в относительном равновесии. Временами должны отмечаться либо большие депрессивные, либо маниакальные эпизоды наряду с характерными симптомами шизофрении. Кроме того, должны наблюдаться, по крайней мере в течение двух недель, бред или галлюцинации, не являющиеся следствием аффективных нарушений.

Диагностические критерии шизоаффективного расстройства:

А. Соответствие критериям аффективных расстройств умеренной или тяжелой степени выраженности.

Б. В течение большей части времени двухнедельного периода отчетливо отмечается хотя бы один из симптомов перечня I или симптомов 2, 3 перечня II критериев диагностики шизофрении.

В. Критерии групп А и Б должны выявляться в течение одного и того же эпизода и хотя бы на какой-то период одновременно.

Диагноз шизоаффективного расстройства является одним из наиболее сложных в психиатрической нозологии. Как указывают критерии, временами должны отмечаться либо большие депрессивные, либо маниакальные эпизоды наряду с характерными симптомами шизофрении. Кроме того, должны наблюдаться, по крайней мере две недели, бред или галлюцинации, не являющиеся следствием аффективных нарушений. Если все вышеописанное является следствием злоупотребления психоактивным веществом, этот диагноз не может быть поставлен.

Образное отличие шизофренической депрессии от меланхолии можно найти у А. Кемпинского: «При эндогенной депрессии колорит мрачен, как будто действительность уходит из внутреннего и внешнего мира, окружающего больного, и неожиданно обнаруживается ее противоположная, черная сторона. То, что обычно наполнено яркими, разнообразными красками жизни, становится черным и благодаря этому приобретает специфическую глубину. Человек видит бессмысленность и мелочность своей прежней жизни и не может понять, как он мог жить до сих пор так легкомысленно.

В отличие от этого при шизофренической депрессии в ощущениях доминирует специфическая, трудная для определения, мрачная пустота. Больной апатичен, не проявляет никакой инициативности, ему трудно принять какое-либо решение или просто совершить усилие воли. Девизом его жизни становится гамлетовское «заснуть и умереть»... Его «королевство» не от мира сего и вследствие этого нарушается порядок обычного взаимодействия с окружением. Отсюда происходит аморфность восприятия жизни, здесь рождается пустота и мгла, в которой теряются границы между прошлым, настоящим и будущим, а также границы между «Я» и окружающим миром... Ощущение «бессмысленности», ощущение того, что ничего не происходит, что жизнь протекает во мгле, иногда оказывается для больного невыносимым. Ему хотелось бы вырваться из беспредметной массы, окружающей и заполняющей его. Чаще всего это ему не удается, и тогда единственным выходом для него становится самоубийство» (Кемпинский, 2002, с. 57).

Шизотипическое расстройство, вялотекущая шизофрения чаще встречается среди биологических родственников больных шизофренией первой степени родства. Диагностические критерии: на протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться по меньшей мере четыре признака из числа следующих:

- 1) неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным; странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
- 2) обеднение контактов и тенденции к социальной аутизации;
- 3) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;
- 4) подозрительность или параноидные идеи;
- 5) обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
- 6) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
- 7) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью без выраженной разорванности;
- 8) редкие транзиторные психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации.

Содержание мышления больных может включать параноидную подозрительность и идеи отношения (но не бредового характера), магическое мышление, а также фантазии, необычные или фантастические убеждения, не соответствующие данной субкультуре (но не бессвязность мышления). Наблюдается чрезмерная требовательность в общении с окружающими, которая не ослабевает при близком знакомстве.

Неврозоподобные расстройства в рамках вялотекущей шизофрении имеют ряд особенностей. Истерические проявления наряду с капризностью, упрямством, обмороками, припадками, психогенными галлюцинациями включают сенестопатии, немотивированную тревогу, явления болезненной психической анестезии. Навязчивости в рамках шубообразной шизофрении также отличаются от невротических навязчивостей сопровождающей их резко возрастающей тревогой; при этом безразличные прежде события начинают теперь угрожающе напоминать о содержании навязчивостей, приобретают характер «особого значения». В отличие от шизоидной психопатии при шизотипическом расстройстве аффект может быть неадекватным; начиная с молодого возраста лечается эксцентричность и искажения восприятия.

Происхождение шизофрении. Согласно трехфазной модели Чомпи, Зольные шизофренией страдают частично врожденной и частично приобретенной ранимостью, которая под действиемотягающих обстоятельств приводит их к манифестации психотических проявлений. Определенную роль играют социокультуральные влияния: любовный бред чаще встречается у женщин, а бред ревности — у мужчин.

Генри Сток Салливан (1999) рассматривает шизофрению не столько интрапсихическом аспекте, сколько как результат внешних влияний, которые приводят к тому, что пациент в процессе развития недополучает позитивных межличностных контактов. Он указывает на значение недополучения в детстве положительных межличностных контактов. М. Сешэ большое значение придает фрустрации оральных потребностей матерью, которая не докармливает и недоласкивает ребенка. Невозможность интроецировать материнскую любовь делает формирующееся «Я» беззащитным перед деструктивными силами (по Фрейду — Танатос доминирует над Эросом). Возникают саморазрушительные тенденции и чувство вины перед матерью, которой ребенок мешает своим существованием. При повторных отвержениях слабое, недифференцированное «Я» защищает сознание от прорывающихся в него фиксированных в раннем детстве переживаний, проецируя их во внешний мир в виде бредовых идей и галлюцинаций.

Фрида Фромм-Райхман считает, что шизофрения является результатом неадекватных отношений между «шизофреногенной» матерью и ребенком, когда мать является отчужденной, излишне покровительственной и враждебной. И. Малер указывает, что на оральной стадии развития ребенок не может отделиться от шизофреногенной матери, безопасность осуществляется в форме Бимбиоза; в пубертате для отделения и аутоидентификации ему необходима слишком большая агрессия. Генри Бейтсон описывает феномен «двойного узла», когда ребенок должен выбрать между двумя невозможными альтернативами («Что же ты не обнимешь свою неприкосновенную мамочку, бесчувственный?»).

©Если вы говорите с Богом — это молитва, а если Бог говорит с вами, — это шизофрения.

Томас Сас

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

М.Г. Гулямов и Ю. В. Бессонов (1983) отмечают высокую частоту суицидных попыток у больных прогрессивной параноидной формой шизофрении с синдромом Кандинского-Клерамбо — у половины больных, из них у 15% они закончились летально. На высокий риск самоубийства при шизофрении указывают бредовые идеи преследования или воздействия, острое начало приступа, наличие угрожающих или приказывающих «голосов», сенестопатий и дисморфобии. Для шизофрении особенно характерны комбинированные способы совершения самоубийств.

По данным А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980), суицидальное поведение при шизофрении чаще обусловлено психогенными реакциями в ответ на неблагоприятные средовые воздействия и наблюдается при вялом, малопрогрессирующем течении процесса, а также в ремиссиях при приступообразном течении. Характерна относительная сохранность больных, критичность, «откликаемость» на ситуацию. Преобладают мотивы потери значимого другого и осознание собственной несостоятельности в различных сферах деятельности. Суицидальный риск выше при астенических и психопато-подобных типах ремиссий.

Реже наблюдается суицидальное поведение, обусловленное психотическими расстройствами при

простой форме шизофрении с изменением личности, синдромом метафизической интоксикации, аутистически-пессимистическим мировоззрением, инакомыслием, дистимическими расстройствами. Суицидогенные конфликты складываются в абстрактной, виртуальной сфере; преобладают депрессивно окрашенные представления о бессмысленности жизни и бесперспективности бытия. Для этих больных характерна суицидомания с хронически высоким суицидальным риском.

Третий, психотический вариант суицидального поведения встречается при остром развитии аффективно-параноидных и галлюцинаторно-параноидных приступов. Патологическая мотивация суицидального поведения связана с бредовыми идеями несостоятельности, самообвинения, осуждения, преследования, физического воздействия; ипохондрическими и дисморфо-фобическими идеями; бредом ревности, вербальными галлюцинациями, в том числе императивного характера; различными деперсонализационными и сенестопатическими расстройствами; патологическими изменениями самооценки; первичной утратой смысла жизни. Наиболее высокий риск суицидных попыток и наибольшие трудности их предотвращения отмечаются при простой и психопатоподобной формах шизофрении, осложненных хроническим алкоголизмом.

А.Е. Личко (1985) отмечает частоту суицидальных тенденций у подростков с психопатоподобной шизофренией. Суицидальное поведение у них отличается амбивалентностью, мотивация обычно заумная, суицидальные мысли скрываются от окружающих, реализуются далеко не всегда, без внешнего повода, и поражают бессмысленностью и жестокостью.

Т.И. Пепеляева (1889) указывает, что в молодом возрасте вялотекущая шизофрения с неврозоподобной симптоматикой обычно сопровождается аффективными колебаниями, проявляющимися в виде атипичных депрессий. Такие состояния характеризуются тревожно-тоскливым аффектом и способствуют обострению наличествующих в клинике обсессивно-фобических и ипохондрических расстройств. На этом фоне нередко возникают сложные сенестопатии, определяющие охваченность больных страхом за исход тягостных болезненных ощущений. Как правило, эти патологические ощущения при наличии тревоги достигают степени особо мучительных и непереносимых, а на высоте ажитации приводят к острой реализации суицидальных тенденций. Суициды в таких случаях чаще носят неожиданный импульсивный характер.

М.Б. Данилова и Т.И. Пепеляева (1987) выявили следующие мотивы суицидального поведения больных шизофренией:

- неопределенная угроза (переживания интенсивного качественно к неопределенного страха по типу надвигающейся катастрофы);
- угроза жизни (переживание конкретного страха за жизнь); щ - угроза личностного опустошения и деградации (переживание нарастающей психической дезорганизации);
- изменение мировосприятия (переживание утраты способности эмоционального реагирования на окружающее);
- изменение самоощущения (переживание собственной измененности);
- несправедливое отношение (переживание незаслуженного обвинения, осуждения),
- преследование (переживание несправедливого «гонения» со стороны окружающих);
- соматическое заболевание, физическое страдание (переживание наличия опасной для жизни болезни, уродства);
- потеря значимого другого (переживание утраты близкого человека);
- изменение привычного стереотипа жизни, одиночества (переживания, связанные с социальной изоляцией, неблагоприятным изменением уклада жизни),
- страдания и несчастья других (переживания самоосуждения, самообвинения),
- несостоятельность (переживание собственной неполноценности);
- падение престижа (переживание низкой оценки себя со стороны "*" окружающих);
- первичная утрата смысла жизни (переживание бесцельности и бессмысленности собственного существования).

По данным авторов, ведущее место в формировании суицидальных тенденций занимают психопатологические расстройства (галлюцинаторно-параноидные, депрессивно-параноидные, острые аффективные состояния страха ажитации, ипохондрического раптуса). Наиболее распространенным мотивом суицидального поведения при этих состояниях является чувство угрозы жизни сопровождающееся напряженным аффектом тревоги и страха. Авторы выделяют следующие типы суицидального поведения больных шизофренией.

Аутистически-рационалистический тип возникает в условиях нарастающей аутизации больных в комплексе с личностными изменениями, чаще всего в виде особого аутистически-пессимистического мировоззрения (обычно в рамках простой формы шизофрении). Синдром изоляции характеризуется отрывом от реального мира и переориентацией личностной позиции больных на социальном уровне. В совокупности с особенностями мышления эти изменения определяют появление аутистического

пессимистического мировоззрения и суицидального поведения. Последнее, как правило, меньше зависит от психотравмирующих факторов и в то же время не имеет прямой связи с развитием психоза. Суицидогенные конфликты возникают на фоне своеобразного мировоззрения и оказываются лишенными реальной основы. Суицидальные мотивы принимают оторванный от реальности, абстрактный характер. Социальная среда воспринимается как препятствие на пути «значимых» форм деятельности и поведения.

Содержанием конфликта в подавляющем большинстве случаев является первичная утрата смысла жизни, что связано не с депрессией, а с устойчиво складывающейся позицией личности. Эти личностные установки практически не подвержены спонтанным колебаниям и не редуцируются под влиянием антидепрессантов. Суицидальные тенденции у больных данной группы отличаются чрезвычайной стойкостью и несут угрозу летального исхода.

Психотический тип суицидального поведения с произвольной реализацией суицидальных намерений связан с аффективно-параноидным отношением к окружающему и собственной личности. Клиническая картина содержит разнообразные продуктивные психопатологические синдромы (параноидные, депрессивно-параноидные, острые бредовые, онейроидные и др.), включающие конфликтогенные моменты. Мотивы самоубийств формируются в условиях конфликтных ситуаций, обусловленных содержанием психоза. Наиболее распространенным мотивом самоубийств при параноидных состояниях становятся переживания, обусловленные содержанием психоза: угроза жизни, несправедливое отношение, страдания и несчастья других, преследование. Для больных эти ситуации имеют реальный характер и затрагивают глубинные витальные чувства.

Суицидные попытки с таким характером мотиваций совершаются на фоне острого аффективного напряжения, кульминаций аффекта страха, тревоги, состояния отчаяния, обиды, безысходности. В ситуации параноидной угрозы жизни обобщенным мотивом суицидального поведения становится собственный вывод больных о том, что «лучше покончить с собой, чем быть в постоянных мучениях, страхе, в ожидании предстоящей мучительной смерти от рук врагов или позора». Угроза жизни является актуальным переживанием в бредовой структуре психоза, чем и объясняется высокий уровень суицидального риска в этих случаях. Длительность периода суицидальной опасности больных данной группы определяется, как правило, продолжительностью психотического состояния.

Психотический тип суицидального поведения с непроизвольной реализацией суицидальных намерений формируется в условиях психотического отчуждения психических и моторно-волевых процессов, которые определяются наличием императивных вербальных галлюцинаций, несущих приказ покончить с собой, идеаторных и кинестетических психических автоматизмов, «символических сигналов самоубийства».

Психопатологические расстройства имеют меньший спектр по сравнению с предыдущей группой. Наиболее часто в пресуициде и на момент совершения суицидных попыток отмечаются галлюцинаторно-параноидные синдромы с императивными вербальными галлюцинациями или кинестетическими психическими автоматизмами с суицидальным содержанием. Далее следуют аффективно-параноидные и атипичные депрессивные расстройства, сопровождающиеся явлениями вербального псевдогаллюциноза с суицидальными императивами. Наблюдаются также острые галлюцинаторно-бредовые, редуцированные онейроидные состояния и острые синдромы Кандинского.

Развитие синдрома Кандинского с преобладанием галлюцинаций начинается с вербальных иллюзий и элементарных галлюцинаций. В дальнейшем возникают «голоса», комментирующие мысли и поступки больных. Суицидальная тематика содержания галлюцинаций появляется вслед за суицидальными мыслями самого больного, которые, в свою очередь, являются связанными с обусловленными психозом конфликтными ситуациями. Императивный характер галлюцинации принимают позднее и отражают уровень суицидальной готовности больного. В некоторых случаях суицидальные императивы «подкрепляются» кинестетическими психическими автоматизмами. Больные ощущают себя подчиненными посторонней силе, которая «толкает их в петлю», управляет движениями во время вскрытия вен, подводит к месту, где лежат таблетки, и т. п.

Суицидальный риск особенно велик в дебюте шизофрении. Немотивированная на первый взгляд попытка самоубийства зачастую бывает первым проявлением душевного заболевания. Когда заболевание манифестирует де-персонализационно-дереализационным шубом, у больных остро развивается состояние собственной измененности с антивитальными переживаниями, ощущением надвигающейся опасности, катастрофы, необъяснимого страха. Острота аффективного напряжения приводит к сужению сознания и последующей частичной амнезии. Напряжение купируется суицидом, мотивацию которого больные из-за амнезии часто не могут объяснить.

При малопрогредиентных, неврозоподобных, психопатоподобных и параноидных вариантах шизофрении, а также в состоянии ремиссии в формировании суицидального поведения у больных ведущее место занимают психо-травмирующие факторы. Клинические особенности вялотекущего

процесса с формированием своеобразных изменений личности обуславливают нестандартность видов реагирования, структура которых нередко включает суицидальные тенденции и действия. Незначительные психогенные вредности в сознании больных легко трансформируются в непереносимые безвыходные ситуации. Нонконформизм, жизненная неприспособленность, избирательность контактов, затрудненность адаптации в коллективе создают и увеличивают межличностные конфликты.

Наиболее чувствительны к различным психогенным воздействиям больные с астеническим типом ремиссии, в то время как больные с психопатоподобными и параноидными формами ремиссий характеризуются большей неадекватностью и парадоксальностью реакций. Чаще всего суицидальное поведение наблюдается в астенической ремиссии, при которой больные отличаются выраженной сенситивностью, обостренным чувством утраты своего личностного, профессионального, социального престижа.

Психогенные реакции, возникающие у больных в связи с постоянным ощущением психического дискомфорта, внутренним конфликтом личности, часто реализуются в суицидальные действия по типу призыва или избегания. Суицидальное поведение при психопатоподобном изменении личности возникает чаще в конфликтных ситуациях бытового или производственного характера. Нередко можно отметить несоответствие социальных претензий больных их реальным возможностям. Объективно существующие обстоятельства нередко гипертрофируются, либо весьма парадоксально истолковываются. Конфликт в этих случаях является внешним, с открытыми суицидальными высказываниями и угрозами. Аутоагрессивные действия часто сочетаются с гетероагрессивными. Нередко они носят демонстративный характер и совершаются по мотивам протеста или призыва.

ТЕРАПИЯ

Лечение больных шизофренией включает госпитализацию, медикаментозное снижение возбудимости нервной системы и повышение способности больного и его семьи справляться со стрессовыми ситуациями. Больные обычно не соглашаются на добровольную госпитализацию, отказываются от лекарств, могут включать медперсонал в бредовую систему. Фармакотерапию желательно начинать лишь после установления терапевтического контакта.

Перед назначением психотропных средств суициденту (особенно когда суицид был совершен путем отравления) больному проводится активная дезинтоксикация, включающая капельные и внутривенные вливания глюкозы, гемодез, витамины. Нейролептическая терапия проводится с медленным повышением доз, под контролем АД, клинических и биохимических показателей крови. Широкое применение в постсуициде у больных шизофренией имели такие препараты, как стелазин, лепонекс, галоперидол, тизерцин, эренолон, а также препараты пролонгированного действия: модитен-депо, лушпирилен, семап, пипартил.

В начале заболевания проводят инсулино-шоковую терапию, для больных кататонической формой с длительностью заболевания до одного года применяется электросудорожная терапия (ЭСТ). При возбуждении внутримышечно вводят нейролептики; при наличии депрессивной симптоматики назначают антидепрессанты (мелипрамин, амитриптилин, пиразидол и др.), а также эглонил, литий, финлепсин. Используются транквилизаторы, оказывающие седативный и активирующий эффект. Применение нейролептиков сочетается с корректорами (циклодолом, норакином и др. антипаркинсоническими средствами), а также с ноотропилом, энцефаболом, ретаболилом.

Следует иметь в виду, что быстрое наращивание доз и одномоментная отмена психотропных препаратов, используемых для купирования психотической симптоматики, обычно сопровождаются соматическим дискомфортом, двигательным возбуждением, тревогой. Появляющееся при этом «ощущение сознания болезни» может привести к суициду. При тяжелой газофренической депрессии тимолептики и электросудорожная терапия могут вызвать психотическое состояние. Антон Кемпинский объясняет это следующим образом: «Попытки искусственного улучшения настроения : жизненной активности, когда больной еще недостаточно готов к встрече : действительностью, приводят к тому, что повышенная жизненная активность переносится в мир психоза больного» (Кемпинский, 2002, с. 60).

Психотерапия. Проводится индивидуальная психотерапия, направленная не на бред, а на сопровождающие расстройства: тревогу, раздражительность, социальную дезадаптацию. Важно при этом не занимать в конфликте ни позицию больного, ни его «врагов». Так же нельзя ни оспаривать бредовые идеи больного, ни соглашаться с ними — в обоих случаях это служит укоренению бреда. Необходимо попытаться понять значение бредовых идей во внутренней системе координат больного,

проявить сочувствие к его переживаниям. Часто бредовая система служит больному защитой от чувства стыда и неполноценности, так что надо быть готовым к чрезвычайной его чувствительности к малейшему проявлению пренебрежения и снисходительности. Следует пунктуально соблюдать свои обещания и договоренности с пациентом, объяснять причину назначения лекарств (например, для уменьшения тревоги, раздражительности, улучшения сна и аппетита), предупреждать о возможности побочных явлений. Важно изучить причины развития бредового состояния в первый раз и в данном случае, выяснить возможные предпосылки для развития чувств стыда и неполноценности. Наконец, необходимо помочь пациенту найти альтернативные способы реагирования на подобные ситуации.

Важнейшие аспекты отношения психотерапевта к больному шизофренией включают постоянство и полезность (без желания спасать), уважение к личности больного и его автономии, способность сосредоточиться на сохранившемся потенциале, терпимость к нелепому и непредсказуемому поведению, а также терапевтический оптимизм. Надо учитывать глубокую потребность больного в эмпатии и одновременно отчаянный страх перед эмоциональной близостью, которая может уничтожить его внутренний мир. При этом предложение помощи может восприниматься как насилие или ловушка, вызывающая страх и агрессию. Необходимо соблюдать поэтому удобную для больного эмоциональную дистанцию, обеспечивать ровное тепло отношений, доброжелательную заботу без унижающей снисходительности. Не следует спорить с больным, особенно в отношении его бредовых убеждений; необходимо прислушиваться к чувствам, которые он испытывает, признавать реальность его ощущений, формировать у него адекватное восприятие мира. По возможности нужно отвечать на личные вопросы больного, стараясь при этом понять причину его интереса и перевести разговор на самого больного, если он готов это поддержать.

Следует соблюдать следующие правила:

1. Раздражение или недовольство пациентом, которое может промелькнуть в голосе или поведении терапевта, следует выражать открыто, вербально, а не давать чрезвычайно чувствительному к подобным вещам больному интерпретировать их в духе «двойной связи».

2. Учитывая неясность и амбивалентность высказываний и поведения пациента, терапевту целесообразно вслух, в мягкой и ненавязчивой форме давать интерпретацию его поведения и слов.

3. Важно не избегать никаких тем, затронутых пациентом, поскольку это может привести к восприятию терапевта как «враждебного» родителя.

Используются методы психосоциального воздействия: поведенческая терапия, выработка социальных навыков и реабилитация. В ряде случаев необходимо помочь больному устроиться на работу и удержаться на ней, познакомиться с людьми, а иногда и обучить его навыкам личной гигиены.

Психоаналитический подход при лечении больных шизофренией на сегодняшний день обеспечивает наиболее глубокий и прочный терапевтический эффект, однако он имеет определенные особенности. Сопротивление больного, кроме обычных для невроза защитно-агрессивных проявлений, выражается в форме избегания, пассивности. Эгосинтонность патологических защит и их вторичная выгода затрудняют осознание сопротивления, а попытка психотерапевта вскрыть его или, наоборот, удовлетворять инфантильные потребности пациента в зависимости и агрессии усиливает эти потребности. Поэтому в ряде случаев сопротивление лучше просто игнорировать, делая акцент на положительной оценке продуктивной активности больного в процессе лечения.

Интерпретируются не столько события, происходившие в прошлом, сколько эмоциональные реакции на них, зафиксированные в современном поведении больного. При этом психотерапевт «здесь и теперь» оказывает больному эмоциональную поддержку, в которой ему было отказано значимыми фигурами «там и тогда», обеспечивая чувство безопасности и снимая страх наказания за выражение своего конфликта или неудачные попытки его решения. Тем самым облегчается опробование новых форм поведения, распространяющихся позднее на внетерапевтические ситуации.

Техника свободных ассоциаций и провокация эмоционального напряжения для больных шизофренией противопоказаны из-за опасности интеллектуальной и аффективной дезорганизации. Объем сообщаемой информации должен быть ограничен в соответствии с имеющимся у больного когнитивным дефицитом. Поведение психотерапевта характеризуется высокой активностью, необходимостью нейтрализовывать саморазрушающие тенденции пациента. При этом повышен риск впасть в симбиотические отношения с больным или не выдержать его нескрываемую враждебность. Аналитик символически удовлетворяет фрустрированные инфантильные потребности больного. Пробуждение доверия к аналитику позволяет больному раскрывать свои все более зрелые потребности, проходя таким образом от оральной стадии развития «Я» до генитальной.

Аналитическая семейная терапия является популярным современным направлением в лечении

шизофрении. М. Bowen (1976), R. Lids, T Lids (1976) считали решающим фактором в развитии болезни детско-родительские симбиотические отношения, которые не дают сформироваться границам «Я»; в результате у ребенка не возникает чувства идентичности и своей значимости. Они рассматривали шизофрению как своеобразную попытку разрешить конфликт между естественным процессом взросления и потребностью сохранить симбиотическую связь с матерью, доминирующей в семье. Целью терапии поэтому является развитие чувства идентичности, отказ от потребности в симбиотических отношениях и от пассивных ожиданий найти всезнающий и всемогущий объект. Семейная терапия детей направлена на побуждение отца исполнять функцию главы семьи, что вначале вызывает у матери страх; затем эмоциональная атмосфера в семье становится более благоприятной и состояние больного ребенка улучшается.

При лечении взрослых пациентов психотерапевт помогает больному решить определенные задачи:

- 1) осознать собственные желания в соответствии со своими мнениями, убеждениями, мотивацией;
- 2) почувствовать возможность установления отношений, в которых не отторгается его истинное «Я» и не отвергается он сам;
- 3) разорвать те фрустрирующие ограничения, которые всегда возникают при его связях с другим человеком. В процессе терапии инфантильное отношение к родителям переходит в формы зрелого и независимого поведения. Соответственно терапевт не должен создавать иллюзию всемогущества; он избегает как собственного доминирования, так и манипулирования собой со стороны пациента.

Поведенческая терапия. Антон Кемпинский (2002) отводит основную роль в лечении шизофренической депрессии социотерапии, направленной на поиск интересной значимой для больного деятельности, которая связывает его с реальной жизнью, с людьми, реализует его творческие возможности, повышает самооценку, уменьшает боязнь общества.

Поведенческая терапия предусматривает обучение пациента профессиональным навыкам с целью улучшить его социальную адаптацию, повысить самооценку, наладить межличностные отношения. Улучшение поведения поощряется какими-либо льготами (прогулка, участие во внутрибольничных мероприятиях, домашний отпуск, свободный выход и т. п.).

В.Д. Вид (2001) считает методом выбора, особенно в остром состоянии больного, суппортивную терапию. Целями ее являются: смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования больного, повышение его доверия к психотерапевту, социальная адаптация пациента за счет улучшения когнитивной дифференцированности, социальной перцепции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения. При этом в первую очередь решаются задачи, связанные с фармакотерапией:

- обучить больного распознаванию ранних признаков рецидива, служащих сигналом для обращения к врачу;
- выработать у больного осознание необходимости приема лекарств;
- приучить больного не формально принимать лекарства, а следить за их терапевтическим эффектом и тем самым повышать контроль над ситуацией;
- при полном отказе больного от приема лекарств сохранять с ним психотерапевтический контакт, чтобы иметь возможность более раннего вмешательства в случае рецидива.

Для решения социальных и коммуникативных проблем используются когнитивно-поведенческие методы. В.Д. Вид описывает такие типы терапевтического вмешательства при лечении больных шизофренией, как эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение и уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация.

Эмоциональная поддержка включает следующие аспекты.

- Сообщение о том, что другие пациенты встречаются с такими же трудностями в лечении. Эти трудности неизбежны, их надо преодолеть, чтобы избавиться от страданий, решить свои жизненные проблемы и реализовать желаемые перспективы.
- Подчеркивание общечеловеческого характера проявляемой больным дезадаптивной психологической защиты, в том числе сопротивления терапевтическому вмешательству.

Выражение уверенности, что психотерапевт не считает пациента виновным в появлении проблем и конфликтов, а также, независимо от его симптомов и выраженности сопротивления, положительно относится к его личности в целом и готов оказывать необходимую помощь.

Смягчение несогласия с позицией больного и возникающим в связи с этим напряжением с помощью юмора и частичного согласия типа 1, НО...» И Т. П.

Целью стимуляции является мобилизация самостоятельной когнитивной (деятельности пациента, его самораскрытия, активного соучастия в решении проблем. Стимуляция должна быть достаточно интенсивной и в то же время соответствовать сниженным энергетическим и когнитивным возможностям больного, который, кроме того, может опасаться негативной реакции на раскрываемые

им значимые переживания. В индивидуальной терапии стимулирующие высказывания применяются в форме наводящих вопросов. Групповая терапия дает возможность использовать непрямую стимуляцию, когда психотерапевт направляет усилия группы для активизации работы больного над своими проблемами.

Советы широко используются в суппортивной модели после коррекции дезадаптивной защиты на этапе совершенствования проблемно-решающего поведения. Больному дают рекомендации по оптимальному быто- и трудоустройству, помогают найти подходящую «социальную нишу», установить социальные связи в непрофессиональной сфере. Обращают внимание пациента на сохранившиеся социальные навыки и необходимость овладения отсутствующими коммуникативными приемами. Больного обучают своевременно распознавать приближающийся рецидив, игнорировать малозначимые симптомы, фиксация на которых может затруднять социальную адаптацию, а в некоторых внетерапевтических ситуациях — и симулировать здоровое поведение.

Объективация, по В.М. Шумакову (1985), представляет собой форму тестирования реальности, при которой представления больного о взаимодействиях с людьми приводятся в соответствие с объективной необходимостью сотрудничества, сосуществования и взаимопонимания.

Суппортивная психотерапия проводится как в индивидуальной, так и в групповой форме.

Групповая терапия больных шизофренией особенно эффективна для уменьшения социальной изоляции, подкрепления чувства реальности, расширения контактов с окружающими. Акцент делается на поддержании и развитии социальных навыков (в повседневной деятельности). Одной из наиболее распространенных форм психотерапии шизофрении в настоящее время является групповой тренинг социальных навыков.

Дж. Кори (2003) приводит основные методы, используемые в тренинге:

- инструкция — разъяснение того, как вести себя в той или иной ситуации;
- обратная связь — анализ и подкрепление того или иного поведения;
- моделирование — воспроизведение того, что видит больной на живой (при участии котерапевта) или символической (при использовании фильма, видеозаписи) модели поведения;
- разыгрывание ролей — ролевой тренинг;
- социальное подкрепление — использование похвал при наблюдении желаемого поведения;
- домашние задания на отработку желаемого поведения.

R. P. Lieberman (1986) рекомендует строить подобный тренинг очень дозированно, структурировано и директивно, поскольку сверхстимуляция или небрежное планирование занятия могут вызвать эмоциональный стресс у больных шизофренией с их обостренной чувствительностью к эмоциональным воздействиям, дефицитом внимания и трудностями в переработке информации. «Мишенями» воздействия становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение. Автор выделяет три этапа тренинга: отработка способов приема информации, выбор ответной реакции, подходящей формы для ответа.

В.В. Васильев (2003) описывает успешный опыт психотерапии творческим самовыражением пациентов суицидологического кабинета психоневрологического диспансера, страдающих шизотипическим расстройством и шубообразной шизофренией в стадии ремиссии, проводимой в группе пациентов с психопатиями шизоидного, тревожного, зависимого и смешанных расстройств личности. Эффективность метода автор обосновывает тем, что терапия творческим самовыражением адресована дефензивным личностям с пассивно-оборонительными проявлениями, которые как раз предрасполагают к суицидальному поведению. Кроме того, данный метод направлен на актуализацию внутриличностных резервов больного, нахождение им своего жизненного предназначения, что имеет первостепенное значение во время суицидоопасного кризиса.

Семейная терапия

Поведенческая семейная терапия, по В. Д. Виду (2001), имеет следующие особенности. Семье авторитетно предлагают соблюдать определенные правила: когда и как прерывать чреватое стрессом взаимодействие, как уточнять взаимные ожидания, распределять обязанности, согласовывать объем и сроки выполнения заданий по хозяйству, договориться о последствиях за невыполнение договоренностей, определять рамки финансирования больного родителями и предоставляемой ему свободы проведения времени.

На начальных этапах терапии вскрывают значимые ситуации, в которых проявлялись межличностные конфликты, уточняют поведение в них участников. Выявляют эпизоды, в которых патологическое поведение больных необдуманно подкрепляется родителями. Совместно с родителями распознают и уточняют когнитивные ресурсы больных и навыки, которые могут быть использованы в

решении проблем социальной адаптации. Ведут поиск оптимального трудоустройства, занятости, проведения досуга и иной поддержки в различных социальных группах.

Задача психотерапевта — обеспечить больному диалог с его родителями, свободный от эмоционального напряжения и взаимной агрессии. Чтобы разгрузить родителей от чувства вины и способствовать их более активному включению во взаимодействие, психотерапевт обозначает в качестве стрессоров не родителей, а определенные события. Важно также корректировать нереалистические представления семьи о сроках лечения и полноте выздоровления больного.

Коммуникативная семейная терапия. Представители Британской школы социальной психиатрии (Brown et al., 1972; Vaughn, Leff, 1976 и др.) разработали модель эмоциональной экспрессивности (ЭЭ — концепцию), согласно которой частота приступов и длительность ремиссий зависит от эмоционально-экспрессивного стиля общения в семье. Выяснилось, что на течении заболевания отрицательно сказываются чрезмерное количество замечаний со стороны родственников, громкость голоса, тревожность и проявления открытой враждебности к больному, лишение его самостоятельности и т. п.

Процесс психотерапии строится как групповая работа с родственниками больных и направлен на:

- 1) разъяснение связи между поведением близких и состоянием больного;
- 2) снижение уровня выражения эмоций, особенно критического характера;
- 3) развитие контроля за своими эмоциями и выработку новых, более адекватных форм поведения;
- 4) выработку правильного отношения к проводимой лекарственной терапии;
- 5) снижение гиперопеки, затрудняющей психологическое созревание больных.

Одним из наиболее известных представителей интегративного подхода в психотерапии шизофрении является швейцарский психиатр G. Benedetti (1981), который обращает основное внимание на свойственное больным шизофренией нарушение способности к символизации. Это нарушение обуславливает неспособность к осознанию, отграничению и переработке различных психотических содержаний, что приводит к размыванию и уничтожению «Я». Поэтому задачей терапии является выработка совместных с больным символов, которые обновляют в его сознании утерянные реалистические аспекты личности в ее общении с другим человеком. «Вхождение» психотерапевта в мир больного шизофренией осуществляется таким образом, что части больной личности интроецируются терапевтом, части личности терапевта принимаются больным; сновидения терапевта отражают тревоги пациента, сновидения больного структурируются внутренними движениями терапевта

В терапевтическом процессе используются конструктивные фантазии, представления и сны, позволяющие выразить здоровые части «Я», воспроизводятся также все те иррациональные роли и самовосприятия, которые были пережиты больным в течение жизни. Продуцируют эти образы как пациент, так и врач, в результате чего возникает общее символическое поле. Важную роль играют понятия экзистенциальной психологии, которые помогают терапевту вжиться в регрессированное состояние пациента и предоставить ему свое здоровое «Я» для интегрирования больных и фрагментированных частей.

Э. Г. Эйдемиллер (1976) применяет в психотерапии больных шизофренией следующую последовательность: индивидуальная, групповая, семейная терапия в конфликтных семьях и индивидуальная, семейная — в семьях, развивающихся в конструктивном направлении; параллельно ведется работа с группой родственников, в основном с родителями пациентов.

Аддиктивные аспекты суицидологии

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ АДДИКТА

Психология аддикта. Аддиктивную личность отличают черты незрелости: невыраженность интеллектуальных и духовных интересов, твердых Нравственных норм, неустойчивость, ненасытность, безответственность, чувство стадности. Аддикт хуже переносит трудности повседневной жизни, рем кризисные ситуации («пьяному море по колено»). Преувеличение своих достоинств маскирует скрытый комплекс неполноценности. Внешняя социабельность сочетается со страхом перед стойкими социальными контактами и манипулятивностью. Отмечается стремление уходить от принятия решений, говорить неправду, например, обвинять других, зная, что они невиновны. Характерны стереотипность, повторяемость поведения, зависимость и тревожность, склонность к колебаниям настроения.

Антон Кемпинский пишет: «Алкоголь уменьшает мучительность вопросов, связанных с образом самого себя. Под его влиянием человек кажется самому себе лучше, благороднее, интеллигентнее, отважнее и т. п. Приходится, однако, пить до дна, чтобы дойти до дна своей души. А поскольку дна этого не существует, чем глубже погружаешься, тем темнее становится, охватывает желание покончить с собой, в чем алкоголь помогает, принося вместо смерти потерю сознания» (Кемпинский, 1998, с. 171).

Аддикты страдают синдромом дефицита удовольствия, который проявляется в постоянном чувстве скуки. Жизнь представляется аддикту в основном серой и однообразной, он нуждается в дополнительной стимуляции и направляет всю свою энергию в поисках такой стимуляции. Он сосредотачивается на той сфере, которая позволяет ему на какое-то время вырваться из состояния бесчувственности и апатии. В остальных областях жизни аддикт ведет себя без интереса, все больше уходит от участия в них. До 20% алкоголиков считают свое существование бессмысленным и бесцельным.

Аддикт страдает вследствие переживания внутренней дисгармонии дискомфорта и фрагментации или из-за неспособности думать хорошо о себе а, следовательно, и о других. Еще больше мучений аддикту доставляют саморазрушающие психологические защиты, с помощью которых он пытается скрыть свою уязвимость. За спасительную помощь этих патологических защит приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми. Занимая центральное место в жизни аддикта, объект аддикции идеализируется. Воображение аддикта заполняется фантазиями, в которых он предвкушает каннибальское поглощение объекта аддикции или оргастическое слияние с ним. Благодаря интроекции аддикт тотально и безраздельно контролирует избранный объект. Используя его магическую силу, аддикт приобретает всемогущество, которое защищает больного от признания своих малых возможностей («все могу, только денег на водку не хватает»). Обладая интроектом, аддикт может позволить себе обесценить объект аддикции, чтобы не испытывать зависть к его силе. Девальвация также лишает ценности позитивные альтернативы пьянства («всё не так, ребята!»). Под воздействием проекции пациент перекладывает на объект аддикции собственные импульсы и аффекты. Проекция позволяет также перемещать вытесненные недостатки на других людей («все плохое от них, я хороший»). В результате проективной идентификации больной может приписать объекту аддикции собственную враждебность и затем со страхом ожидать какого-то вреда, а свою агрессию считает реакцией на это. Дихотомическое разделение мотиваций, интроектов и объектов на жизненно необходимые и смертельно опасные приводит к расщеплению. Чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром, расщепленное сознание прибегает к отрицанию, игнорируя наличие аддикции и ее опасность. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью контрфобии, вызывающей чувство азарта с эйфорией от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом внутреннего наркотика — эндорфина. Избежать чувства унижительной зависимости помогает псевдонезависимость. Рационализация помогает аддикту сохранять «лицо» («пью, потому что тонко чувствую несправедливость»). Вытеснение способствует игнорированию, вплоть до нелепого отрицания, фактов, которые противоречат алкогольным установкам. К этой защите склонны неустойчивые и инфантильные личности. Более сложно организованную личность длительное вытеснение реальности может разрушить. Изоляция защищает не только от неприятных переживаний, но и от позитивного эмоционального компонента жизненных ценностей, конкурирующих с пьянством. Крайняя выраженность изоляции эмоций — резонерство А-зависимых. Реактивное образование обычно проявляется в форме экстравагантной культурности, предупредительности после запоя или какого-то проступка. Во внутреннем мире подчеркнутая «уважительность» заменяет вытесненный эгоизм, в межличностных отношениях позволяет избежать критики.

Дональд Винникотт (2000) проводит аналогию между объектом зависимости у аддикта и переходным объектом у ребенка. Переходный объект (предмет или деятельность) символизирует для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру и быть себе хорошей матерью. Если процесс интроекции тормозится поведением родителей, ребенку приходится расщепить образ себя на две части: одна часть — ложная — соглашается с требованиями внешнего мира, а другая — тайная — составляет субъективный мир ребенка. Затем человек живет так, как будто он «не вполне настоящий» и всю жизнь злоупотребляет переходными объектами, которые приносят лишь временное облегчение: наркотиками, сексуальными ритуалами, другими людьми или компульсивной деятельностью («чем бы дитя ни тешилось...»)

Генри Кристал (2000) обнаружил, что аддиктивные личности, не получив в раннем детстве доступа к эмпатичной (эмоционально чуткой и теплой) матери, помещают свой материнский идеал вовне и отгораживают его, чтобы идеальная мать была внешней, но легко доступной, как пища. В

результате идолопоклоннического переноса все доброе приписывается только идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получить любой ценой. Однако пользоваться любовью — значит нарушить материнские границы, а это переживается как преступление Прометея, заслуживающее мучительного наказания, которое хуже смерти. (Это выколото на плечах наших алкоголиков: «Не забуду мать родную» и «Нет в жизни счастья».) Выходом становится поворот от матери к вещам, так как они заслуживают большего доверия и в результате становятся аддиктивными объектами. Они приносят удовлетворение и наказание, временное забвение в смертельных объятьях и возрождение.

Джойс Макдугалл (2002) в формировании наркотической зависимости выделяет роль бессознательных страхов и желаний матери, которые тормозят способность младенца быть одному. В результате у него вырабатывается наркотическое отношение к ее присутствию и ее функциям по уходу за ним, формируются созависимые отношения. Со временем психо-активные вещества (ПАВ) занимают место переходных объектов детства, однако они не могут обеспечить развития несформированных механизмов независимости, поэтому автор называет объекты аддикции патологическими преходящими объектами. Роль таких объектов могут играть и другие люди, тогда речь идет об эротической зависимости или созависимости.

Стивен Карпман описал «драматический треугольник», который лег в частности, в основу проанализированной Эриком Берном (1997) игры «Алкоголик». Каждый игрок занимает попеременно одну из трех ролей: Преследователь, Жертва и Спаситель. Получив зарплату, муж приходит пьяный, без денег, и устраивает дома дебош, играя роль Преследователя (а жена — Жертвы). Наутро он мучается с похмелья и исполняет роль Жертвы, вымаливая прощение жены, которая вначале находится в роли Преследователя, а, простив и дав опохмелиться, — в роли Спасителя. Очевидно, что Преследователь и Жертва нуждаются друг в друге для садомазохистских созависимых отношений, при этом Жертва-алкоголик использует готовность Спасительницы-жены самоутверждаться за его счет. Со временем алкоголик подрывает свою самооценку и впадает в зависимость от жены. Когда ей, наконец, удастся привести мужа лечиться, для нее это передача роли Спасителя профессионалу, а для мужа — ее предательство и появление совсем уже безжалостного Преследователя (как у Высоцкого: «Обложили меня, обложили...»).

Нейрофизиология аддикта. У детей, родившихся от пьющих матерей («детей субботы»), наблюдается алкогольный синдром плода. Этот синдром является основной причиной задержки умственного развития детей, оставляющей далеко позади себя болезнь Дауна. Еще больше распространен у детей такой неспецифический синдром, как минимальная мозговая дисфункция, включающий плохую обучаемость и гиперактивность. По некоторым данным, заболеваемость среди бедных слоев населения составляет 80%. Подростки с этим синдромом не могут безболезненно освободиться от влияния родителей, построить хорошие социальные и сексуальные отношения со сверстниками и разумно планировать свою жизнь. Часто они пытаются контролировать свою гиперактивность с помощью марихуаны и других наркотиков; снижают остроту депрессивных реакций, принимая алкоголь.

S. Rado (1926, 1933) оценивает фармакогенный оргазм, отличающийся от полового оргазма, как одну из целей употребления наркотиков. Он отмечает, что эйфория ведет к потере чувства реальности, уходу от нее и появлению примитивной либидинальной организации, которая характеризуется наличием агрессивных и аутоагрессивных проявлений.

Радо вводит понятие психотимии и обозначает им болезнь, заключающуюся в сильной тяге к химическим веществам. Он описывает напряженную депрессию в сочетании с нетерпимостью к боли как реакцию на фрустрацию. При этом химические вещества вызывают бурную радость, замещающую сексуальный оргазм. В объектах любви больше нет никакой необходимости, и аддикт чувствует неузвимость, поскольку с ним (с ней) больше ничего не может случиться. Однако затем наступает фармакотимический кризис, из которого есть три пути:

1) суицид, при котором пациент считает, что его вечная радость в окончательном уходе из реальности;

2) бегство во временную ремиссию и

3) вхождение в состояние психоза, в иллюзорную реальность.

В 1954 г. американский нейрофизиолог Джеймс Олдс открыл в головном мозгу центры удовольствия, стимуляция которых вызывает эйфорию, по интенсивности близкую к оргазму. Подобные ощущения в обычных условиях подкрепляют полезное, адаптивное поведение и облегчают невыносимую боль. Предполагается, что центры удовольствия аддиктов не получают достаточной активации в повседневной жизни, поэтому у них от рождения наблюдается синдром дефицита удовольствия. Дети с этим синдромом испытывают постоянное чувство скуки; источником «острых ощущений» для них становится гиперактивность, непослушание, лживость и агрессивность.

Вследствие повышения толерантности (переносимости) прежние ощущения притупляются и в ход идут психоактивные вещества.

В конце прошлого века были обнаружены расположенные на поверхности нервных клеток головного мозга опиатные рецепторы и выделены нейро-медиаторы, воздействующие на эти рецепторы: дофамин, энкефалины, эндо-морфины (эндорфины) и др. Оказалось, что ПАВ имитируют действие ней-ромедиаторов, стимулируют их выработку и задерживают распад. При этом мозг постепенно отвыкает вырабатывать медиаторы сам, его требуется подстегивать все большими дозами ПАВ. Без допинга мозг не может сразу восстановить свою прежнюю активность, в результате резко ухудшается настроение и самочувствие.

Алкоголь и транквилизаторы таким образом понижают выработку в головном мозге нейромедиатора ГАМК (гамма-аминомасляная кислота), опиоиды — эндорфинов, кокаин и амфетамины — дофамина. Недавно был обнаружен нейромедиатор, который действует почти так же, как ТКГ (тетра-гидроканнабиол), основной активный алкалоид конопли. Чрезмерное потребление марихуаны снижает выработку этого медиатора.

ХИМИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И СУИЦИД

*Наркомания — это многолетнее наслаждение смертью.
Франсуа Мориак*

Тенденция к саморазрушению часто связана с алкогольной и наркотической зависимостью. Суицидальный риск больных алкоголизмом и наркоманиями в десятки раз превышает риск самоубийства в общей популяции. 75% лиц, совершивших суицидальную попытку, хотя бы один раз лечились от алкоголизма или наркомании, каждый второй молодой самоубийца был алкоголиком. Три четверти покончивших с собой мужчин и две трети женщин в возрасте 30-39 лет на момент совершения попытки находились в состоянии алкогольного опьянения. Каждый пятый больной алкоголизмом совершает суицидную попытку или самоубийство в состоянии депрессии.

По наблюдениям Б. Любан-Плоцца с соавт. (2000), среди госпитализированных суицидентов больные с химическими зависимостями составляют 17%, занимая таким образом третье место после депрессивных больных (49%) и психопатических личностей (18%). По данным Н.Е. Бачерикова и П.Т. Згонникова (1989), наибольшую суицидную опасность составляет сочетание злоупотребления алкоголем с дисгармоничными чертами характера и органической мозговой патологией. Среди таких лиц суициденты составляют 91%. Максимум самоубийств среди больных алкоголизмом приходится на возраст 25-49 лет. Способы самоубийства отличаются особой жестокостью, особенно в состоянии алкогольного делирия.

Алкогольная зависимость.

С алкоголем связано свыше половины смертных случаев и тяжелых травм при дорожно-транспортных происшествиях, 50% всех убийств, 40% разбойных нападений, 35% изнасилований и 30% самоубийств. При этом многие случаи агрессии бывают спровоцированы их жертвами. По-видимому, в происхождении и химической зависимости, и влечения к саморазрушению у этих людей лежат одни и те же чувства душевной боли и отчаяния.

Как отмечают А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980), между приемом алкоголя и суицидальным поведением существуют два основных типа взаимоотношений. При первом из них алкоголь принимается до появления суицидальных мыслей. В состоянии опьянения вначале возникают конфликты, затем — суицидальные тенденции, которые в течение короткого и острого пресуицида достигают максимума и реализуются в суицидальных действиях. При втором типе алкоголь принимается после появления суицидальных мыслей с целью облегчить реализацию своего намерения. Пресуицид в этом случае более продолжительный, с меньшей аффективной напряженностью.

Влияние алкогольного опьянения на высоту суицидального риска неоднозначно. С одной стороны, оно повышает вероятность суицидальных действий, облегчает их реализацию; с другой стороны, в большинстве случаев свидетельствует о недостаточной серьезности намерений. С третьей стороны, в силу ослабления критики и контроля за своим поведением человек может совершить заверченный суицид даже при явно демонстративных тенденциях.

В настоящее время под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях России находится свыше 3 млн. больных алкоголизмом и наркоманиями — больше всех остальных больных с психическими расстройствами. Фактическое количество химически зависимых превышает учтенные показатели в десятки раз; на каждого здорового приходится в среднем четыре человека, страдающих

от злоупотребления ПАВ. При этом выявлено, что молодежная наркомания представляет опасность для 63% друзей опрошенных. По данным ряда авторов, под угрозой сейчас находится треть молодого поколения страны, а это в ближайшей перспективе может привести к социальной нестабильности общества. Смертность среди наркоманов в 20 раз выше, чем в населении в целом. Смерть возникает из-за передозировки, соматических осложнений, самоубийств. По данным Минздрава России за последние десять лет смертность от наркотиков увеличилась в 12 раз, при этом среди детей она выросла в 42 раза.

Е.Г. Трайнина (1990) связывает резкое снижение уровня самоубийств в 1986 г. (с 29,6 на 100 тыс. населения в 1984 г. до 18,9 в 1986 г.) с известными Постановлениями ЦК КПСС и Совмина СССР от 1985 г., резко ограничившими продажу спиртных напитков. Однако вскоре, как это уже было в аналогичной ситуации в 20-30 годах, потребление алкоголя увеличилось за счет самогоноварения и употребления суррогатов; кроме того, начала увеличиваться распространенность наркоманий и токсикоманий.

Как отмечает автор, алкогольное опьянение может выступать в качестве «катализатора» имевшегося ранее суицидального решения, которое явилось следствием неразрешенного личностно значимого конфликта. У синтонных, конформных и истероидных личностей алкогольное опьянение выступает в ряду традиционных ритуальных действий, предшествующих самоубийству: прощальные записки, переодевание в специально подготовленные одежды, прослушивание любимой музыки и т. д.

Алкоголь также употребляют для купирования эмоционального напряжения, раздражительности и сниженного настроения в рамках суицидоопасных реакций дезадаптации. У эпилептоидных и паранойяльных личностей на фоне алкогольного опьянения происходит переоценка ситуации конфликта с появлением чувства безвыходности. Суицидальное решение возникает стремительно и реализуется высоко летальными способами. У синтонных, гипертимных и шизоидных личностей алкогольная эйфория приводит к неадекватным способам решения проблемы и ухудшению ситуации без надежды на ее улучшение. Дополнительная алкоголизация приводит к быстрой, без колебаний, реализации возникших суицидных намерений. У эмоционально-неустойчивых и возбудимых личностей алкогольное опьянение на фоне астенизации после болезни, длительного переутомления или недосыпания может привести к гипертрофированной оценке малозначащего конфликта как непереносимого. Следствием этого является неожиданное для окружающих суицидное поведение.

Автор описывает вторичную наркотическую психопатизацию личности, отличающуюся бесконтрольностью влечений, недержанием аффекта с ярко выраженной тенденцией к девиантным и делинквентным формам поведения. Выделено три типа вторичной психопатизации:

- 1) эмоционально-неустойчивый (сенситивный, истероидный);
- 2) депрессивный (дистимический, тоскливо-депрессивный, тревожно-депрессивный) и
- 3) дисфорический.

Для депрессивного типа психопатизации с малой выраженностью наркотического влечения и высокой личностной значимостью психотравмирующего фактора характерны истинные суицидные попытки. Демонстративно-шантажное суицидальное поведение наблюдается при эмоционально-неустойчивом типе психопатизации с обсессивным наркотическим влечением в ситуации вынужденного воздержания. Импульсивные суицидные попытки отмечаются при дисфорическом типе психопатизации с выраженным компульсивным влечением и наличием внутреннего конфликта в сфере актуальной потребности в наркотизации; при этом конфликтная ситуация играет роль пускового механизма реализации аффективной реакции. Демонстративно-шантажные попытки самоубийства наиболее часто имеют тенденцию к рецидивированию. Истинные суицидные попытки при повторении нередко утрачивают свой истинный характер, трансформируясь в зависимости от типа психопатизации в импульсивные или манипулятивные.

Для больных алкоголизмом суицидогенными факторами служат неразрешенные микросоциальные конфликты; в качестве антисуицидальных факторов выступают чувства долга, ответственности, привязанности, любви и т. п. У наркозависимых суицидогенными факторами являются невозможность удовлетворить потребность в наркотике, выраженность абстиненции, глубина наркотической психопатизации; антисуицидальным фактором выступает возможность продолжения наркотизации.

Автор выделяет три группы подростков-суицидентов, употребляющих ПАВ.

1 группа включает практически здоровых подростков с патологически протекающим пубертатным кризом при истерической, психастенической и эпилептоидной акцентуациях характера слабой и средней степени выраженности. Началу употребления ПАВ предшествует период неустойчивого настроения, неудовлетворенности прежними занятиями и кругом общения, а иногда и психосоматических расстройств. В этот период отмечаются либо нестойкие антивитальные и суицидальные тенденции, либо, напротив, страх смерти. Ослабевают интерес к школьным занятиям,

возникают семейные конфликты, появляется эмоциональная зависимость от уличных «авторитетов», при которых и происходят первые пробы алкоголя, лекарственных или токсических препаратов. Новая сфера жизни на время приносит удовлетворение, относительный покой, нормализуются сон и аппетит, восстанавливаются внутрисемейные отношения, выравнивается настроение. В этих случаях эпизодическая наркотизация выступает, по-видимому, в качестве суицидального эквивалента.

Раскрывшееся употребление подростком алкоголя или других ПАВ в некоторых случаях вызывает аффективно насыщенные дистимические реакции и протестное суицидальное поведение. В качестве преимущественных способов избираются самоотравление и самопорезы. Пресуицидальный период короткий, с нерезко выраженными суицидальными тенденциями. Суицидальные попытки — истинные и нередко с тяжелыми медицинскими последствиями.

2-ю группу составляют подростки с психопатией неустойчивого и эксплозивного круга и с выраженной неустойчивой, гипертимной и конформной акцентуацией характера. Употребление ПАВ является одной из чередующихся форм девиантного поведения, которое определяется компульсивной жадой к новым ощущениям и проигрыванию разнообразных социальных ролей и моделей поведения. Пресуицид истинного суицидального поведения определяется реактивно обусловленными колебаниями настроения с гипертрофированным чувством одиночества, непонятости, бессилия и невозможности наладить значимые взаимоотношения. Способом самоубийства, как и в 1-й группе, избираются преимущественно самоотравления и самопорезы. Попытки характеризуются медицинской серьезностью и требуют неотложной токсикологической или хирургической помощи. Постсуицид, как правило, критический, с редукцией аффективных переживаний, оптимизмом и критической оценкой поведения в целом.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение развивается на фоне межличностного конфликта с эмоциональной охваченностью, неустойчивостью настроения, дальнейшим его снижением с оттенком недовольства и раздражения. Однако эмоциональные расстройства выражены незначительно, носят нестойкий характер, суицидальные тенденции возникают эпизодически. Суицидной попытке предшествует обычно малозначительный эпизод, переполняющий «чашу терпения». Для попытки обычно используются самоотравления небольшими дозами препаратов и неглубокие самопорезы. В части случаев при удачном разрешении конфликтной ситуации рентное суицидальное поведение фиксируется как форма поведения в конфликтных ситуациях.

3 группу наркотизирующихся суицидентов подросткового возраста объединяет наличие длительно существующей эндогенно обусловленной аффективной патологии, предшествующей злоупотреблению ПАВ. Колебания настроения обычно сочетаются с резонерскими пессимистическими высказываниями, болезненной рефлексией и дисморфофобическими включениями. Лекарственные препараты, реже алкоголь, употребляются в одиночку, эпизодически, с целью коррекции тягостного состояния.

Суицидальное поведение связано не столько с наркотизацией, сколько с психопатологической симптоматикой, усиливающейся при обострении эндогенного заболевания, иногда реактивно спровоцированном. Пресуицид определяется преимущественно депрессивным состоянием с идеями отношения, пессимистическим прогнозированием будущего, переживаниями своей измененностиTM, отличности от других, чувством одиночества и непонимания. Несмотря на клинически очерченный пресуицид, суицидальные высказывания в нем отсутствуют, а потому суицидальное поведение становится неожиданным для окружающих. Для самоубийства чаще всего используются большие дозы транквилизаторов, антидепрессантов и других препаратов, применявшихся ранее с целью самолечения. Суицидные попытки истинные, отличаются высоким риском летальности, требуют серьезного медицинского вмешательства. Постсуицид фиксированный, с постепенной редукцией психопатологической симптоматики и наличием антивитаальных установок, резонерских построений о бесцельности существования, рассуждениями о смерти.

Клиника. Алкогольная депрессия нередко ведет к суициду, в то же время депрессия часто обуславливает алкоголизацию, так что алкоголизм и суицид — давно известное сочетание. Еще отец истории Геродот (V в. до н. э.) описал историю спартанского царя Клеомена, который при каждом приеме иностранных послов и вообще по всякому поводу неумеренно пил неразбавленное вино. После утомительного путешествия он «вернулся в Спарту и заболел помешательством. Впрочем, он и раньше был не совсем в здравом уме: каждый раз при встрече с кем-нибудь из спартанцев он бросал ему в лицо палку. В виду такого поведения родственники посадили Клеомена в колодки, как помешанного. Находясь в заключении, он заметил однажды, что страж при нем остался один и потребовал меч. Тот сначала отказался, но Клеомен стал угрожать ему наказанием впоследствии, и под страхом угроз страж подал ему меч. Взявши меч в руки, царь стал изрезывать себя в полосы, начиная с бедер, а именно: он резал себе кожу в длину от бедер до живота и поясицы, пока не дошел до желудка, который тоже изрезал в узкие полосы, и так умер».

А. Г. Амбрумова с соавт. (1989) отмечает, что в суицидологической наркологии депрессии, тревожно-тоскливые и тоскливо-злобные дисфории ответственны за большинство суицидальных действий. При этом при алкоголизме по сравнению с наркоманиями депрессии характеризуются меньшей глубиной и большей открытостью к внешним воздействиям, нередко с тревогой по поводу постоянно возникающих негативных эмоций. Перед суицидом обычно имеются переживания психологического кризиса с отражением в нем содержания последнего конфликта с окружающими. Причем в отличие от наркотиков принятие алкоголя не всегда снимает суицидальные намерения, а напротив, в некоторых случаях ускоряет их реализацию.

Суицидальные поступки в этой группе лиц носят как истинный, так и демонстративно-шантажный характер, что связано с длительностью потребления алкоголя радикалом самой личности, тенденцией к антисоциальным и делинквентным формам поведения.

По наблюдениям С.А. Куликова и А.Д. Таги-Заде (1989), при систематической алкоголизации нарастают симптомы вегетативной депрессии с ощущением психического дискомфорта, обидчивостью, лабильностью настроения с тенденцией его снижения. Легко возникают ситуационные реакции гнева, тревоги и отчаяния, которые отличаются чрезмерной интенсивностью и не свойственны данной личности вне алкоголизации.

На 1 стадии алкоголизма с обсессивным влечением к алкоголю у больных оформляется субдепрессивный синдром невротического регистра, чаще — с астеническим и тревожным компонентом. Больные с досадой, раздражением говорят о своих профессиональных и семейных конфликтах, однако, в отличие от больных психогенной депрессией, у них отсутствует глубокая эмоциональная фиксация на психотравмирующей ситуации. При попытке анализа этих конфликтов больные с большим эмоциональным напряжением, усиленными вазомоторными реакциями произносят «самоубеждающий монолог о праве личности на выпивку». Обострение конфликтов с окружающими, обусловленное развитием болезни, крайне тяжело переживается больными, и, стремясь любым путем избежать конфликта, они совершают истинные попытки самоубийства.

На 2 стадии алкоголизма формируется абстинентный синдром, включающий депрессивные расстройства с преобладанием тревожного компонента и фобических симптомов, а также дисфории и ипохондрических расстройств. На высоте тревожно-депрессивного аффекта возникают сверхценные идеи малоценное™, (плохого) отношения, неизлечимости заболевания. Основным механизмом запуска депрессивных состояний становится отсутствие алкоголя и конфликты в компании собутыльников. Появляется зависимость депрессии от наркотического цикла и времени суток с утяжелением состояния утром. Алкоголь утрачивает способность полностью купировать депрессию, даже на пике опьянения человека может сохраняться тревожность, обидчивость, подозрительность. Препятствия к алкоголизации, ставшей доминирующей жизненной ценностью, приводят к совершению суицидальных действий, которые носят обычно демонстративно-шантажный характер и направлены на удовлетворение потребности в алкоголизации.

На 3 стадии алкоголизма сосуществуют и сменяют друг друга во времени три типа депрессивной симптоматики.

1. Монотонная вялая гипотимия на фоне раздражительной слабости и готовности к дисфорическим реакциям.

2. Короткие, психогенно возникающие (чаще в ответ на угрозу прервать алкоголизацию) депрессивные реакции.

3. Депрессии в качестве переходного синдрома в пре- или постпсихотическом периоде. У больных легко возникают рудиментарные, депрессивные состояния с идеями самоуничтожения, виновности, ревности, (плохого) отношения, преследования, а также ипохондрическими идеями. Эти идеи отличаются нестойкостью и примитивностью из-за выраженного мнестико-интеллектуального снижения. Прогрессирующее органическое поражение ЦНС токсического и сосудистого генеза обуславливает появление психотических депрессивных состояний органического типа. Суицидальное поведение носит стереотипный шантажный характер, однако из-за увеличения частоты попыток самоубийства и невозможности адекватной оценки больными опасности для жизни выбранного ими способа попытки количество завершенных суицидов на этой стадии повышается.

При наркотической зависимости депрессии бывают чаще стертые, со скрытыми, очень тяжелыми переживаниями вины, отчуждения и одиночества. Больные выходят из депрессии через наркотическую эйфорию, и на первых этапах наркотизации это снижает суицидальный риск. Однако постепенно нарастающие психоорганические и депрессивные расстройства его повышают; особенно высока летальность суицидальных действий во время вынужденного лишения наркотика. При токсикоманиях наблюдаются злобные дисфории, при этом на высоте брутального аффекта отмечаются импульсивные агрессивные и аутоагрессивные поступки. У многих токсикоманов возникает выраженная психологическая зависимость от подобных аффективных эксцессов.

Снотворные. Абстинентный синдром длится до 5-7 недель, долго сохраняются отсутствие инициативы, аппетита и сна, апатическая депрессия с суицидальными мыслями. Половину всех попыток самоубийства составляют острые отравления барбитуратами, и каждый десятый больше не просыпается. Передозировка барбитуратов является одним из широко распространенных способов самоубийства пожилых людей.

Транквилизаторы. В абстиненции отмечаются слабость, апатия, обильные сенестопатии. Пациенты ощущают себя тяжелобольными, требуют назначения транквилизатора, отказываются от другой терапии. Они испытывают дисфорию, депрессию с суицидальными тенденциями.

Экстази — общее название группы синтетических наркотиков (MDMA — «Адам», MEDA — «Ева» и др.), которые возбуждают, а со временем разрушают клетки мозга, вырабатывающие серотонин. Стимулирующий эффект длится 3-6 часов. После прекращения опьянения наступает сильная усталость и сонливость, в течение нескольких дней наблюдается состояние апатии и подавленности. Психическая зависимость возникает очень быстро, вскоре препарат приходится принимать, чтобы выполнять обычную работу. Длительный прием наркотика приводит к истощению нервной системы, возможна суицидоопасная депрессия.

Кокаин. В абстиненции выражены колебания настроения от гипомании до дисфории, периодически возникает безотчетная тревога. На выходе несколько недель сохраняются выраженные астено-депрессивные проявления. Постепенно больные запускают учебу, прекращают работать, конфликтуют с окружающими. За 1,5-2 года нарастает опустошение психики. Речь становится односложной, нарастает грубость, взрывчатость, злобность, эгоистичность. Больные бездеятельны, грязны, запущены, ведут паразитический образ жизни, продают домашние вещи, не заботятся о детях. Они нередко кончают жизнь самоубийством.

Галлюциногены (ЛСД, циклодол, астматол, димедрол). В опьянении выражены аффективные колебания, опьяневшего переполняют одновременно разнообразные страстные чувства: неизъяснимый восторг, ужас, ярость, витальная тоска. Собственное «Я» воспринимается отделившимся от тела и парящим в мистическом экстазе или растворившемся в пространстве и времени. Возможны страх сумасшествия, панические реакции, идеи плохого отношения окружающих к себе, попытки убийства и самоубийства. Эпизодическое потребление сменяется регулярным, через несколько месяцев развивается психическая зависимость, через год — физическая. Нарастают повышенная возбудимость, вспыльчивость, тревожность, подозрительность, идеи плохого отношения, периоды страха, пониженного настроения с суицидальными тенденциями.

Ингалянты. В абстиненции появляются подавленность и дисфория, тревожность, недоверчивость, подозрительность, отказ от еды, нарушения сна, грубые реакции протеста. Больные залеживаются в постели, жалуются на тоску, высказывают суицидальные мысли. Это состояние длится 1-2 недели.

Терапия химически зависимых

Как указывает Е.Г. Трайнина (1990), больные алкоголизмом и наркоманиями с вторичной психопатизацией личности и аффективными расстройствами нуждаются в стационарном медикаментозном лечении. Эффективны терален, сонапакс, неулептил, хлорпротиксен, галоперидол, этаперазин, финлепсин. Больных следует предупреждать о кумулятивном эффекте сочетания этих лекарств с алкоголем и барбитуратами. При импульсивном суицидальном поведении перечисленные препараты применяют в инъекциях и дополнительно назначают пирроксан, атропин, циклодол, мелликтин. Не рекомендуется использовать транквилизаторы бензодиазепинового ряда из-за опасности привыкания и формирования полинаркоманий. Больным с депрессивными расстройствами назначают азафен, пиразидол, амитриптилин, мебикар. Тревогу купируют сонапаксом, дисфорию — финлепсином.

Отсутствие намерения лишить себя жизни при демонстративных суицидных попытках не должно ослаблять внимания лечащего врача. Тем более опасны провокации со стороны медицинского персонала в ответ на суицидальные угрозы: пренебрежение, насмешки или попустительство. В этих случаях задуманные как демонстративные, направленные на достижение корыстных целей, попытки могут сопровождаться аффективным разрядом и приобретать черты импульсивности. Аффективная утрата контроля за поведением, как и при импульсивных суицидных действиях, утяжеляет их прогноз и увеличивает риск летальности.

Мара Сельвини Палаццоли с соавт. (2002) подчеркивает, что аддикт испытывает потребность бороться с объектом своей аддикции. При этом воздержание выглядит как уклонение от борьбы и поражение, а запой — как борьба, из которой он выходит живым, а значит, победителем. Игра со смертью может продолжаться до тех пор, пока аддикт не сдастся и не обратится за помощью. С

помогающим объектом (врачом, сообществом Анонимных Алкоголиков) он снова меряется силами, отрицая необходимость зависеть от кого-то. «Раз вы называете меня вечным алкоголиком, я докажу, что я сильнее и вас, и бутылки, и буду бывшим алкоголиком».

К специалисту обычно обращается член семьи аддикта, и прежде всего следует выяснить у него следующие моменты. Какова природа непосредственного кризиса? Каково эмоциональное состояние семьи на данный момент? Какова история или сценарий употребления, включая периоды трезвости? Какова история предшествующего лечения, попыток вмешательства со стороны семьи? Какова степень пособничества и созависимого поведения в семье?

Психотерапевт стремится изменить типичные для больного представления: «Я пью потому, что у меня тяжелая жизнь», — на формулу: «У меня тяжелая жизнь потому, что я пью».

Для снижения патологического влечения к алкоголю и профилактики рецидивов используют аверсивную и суггестивную терапию, тренинг самоконтроля с применением биологической обратной связи, обучение альтернативному поведению, ситуационный тренинг, гештальттерапию, позитивную терапию и др.

Аверсивная терапия (условно-рефлекторная терапия, УРТ) построена на вызывании отвращения к алкоголю с помощью выработки отрицательного условного рефлекса на его вид, запах и даже словесное обозначение. Достигается тошнотно-рвотная реакция путем приема алкоголя в сочетании с препаратами, вызывающими рвоту (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.).

Суггестивная терапия включает гипнотерапию, аутотренинг, прогрессивную мышечную релаксацию, нейролингвистическое программирование, медитации. Повысить стабильность ремиссии на этом этапе помогает изменение межличностных стереотипов и образа жизни, связанного с ними.

И.С. Павлов (2003) подробно описывает содержание алкогольной установки.

- Влечение к спиртному, которое временами обостряется и проявляется
 - а) на стадии смутного влечения,
 - б) на стадии осознанного желания и
 - в) на стадии волевого стремления.
- Желание быть с другими и не отличаться от них.
- Подражание другим, неосознанное заражение от них.
- Общепринятость употребления спиртного.
- Совершение привычного ритуала.
- Привычный опыт самоутверждения путем пьянства, даже если это шокирует других.
- Удовлетворение потребности в праздничном застолье.
- Появление полноты ощущений, значимости, личностного смысла происходящего.
- Единственный известный способ испытать душевный порыв и повысить уровень

самоуважения.

- Защита от переживаний обиды, неполноценности, тревоги, стыда и вины.
- Выбор в качестве авторитетной группы компании собутыльников.
- Чувство долга перед собутыльниками, обязательство поддержать компанию.
- Сложившаяся связь алкогольного и сексуального поведения.
- Всеобщее двусмысленное отношение к выпивке.
- Алкоголизация как извращенная осознанная необходимость, как рок.

И.С. Павлов выделяет особенности терапии А-зависимых, связанные с типом их личности.

Эпилептоидный больной, отличающийся крайней обидчивостью, вспыльчивостью и злопамятностью, врачу необходимо выразить уважение, признать такие его положительные качества, как стойкость, постоянство взглядов и желаний, но обращать внимание на то, что эти свойства могут вредить больному, когда они включаются в его алкогольную позицию. Важно использовать самолюбие больного, подчеркивая при этом, что люди судят о больном не по тому, каким он старается себя показать, а по его поступкам. С учетом склонности больных к резонерству и эгоцентризму корректирующие формулы внушения должны быть логично убедительными, а выводы из этих внушений — насыщенно эмоциональными.

Эмоционально лабильные больные проявляют черты инфантильности; они обидчивы, конфликтны, демонстративны, достаточно умны и избирательно внушаемы. На них большое впечатление производит групповая беседа об алкогольной деградации личности. Их удастся убедить, что механизм болезни действует независимо от дозы и частоты приема алкоголя. Используются образные, эмоционально насыщенные формулы внушения в гипнозе, которые имеют логичный, доказательный характер и подчеркивают трагичность заболевания. В поддерживающих беседах актуализируется осознание больным своего заболевания, подкрепляются опасения его пагубного влияния.

Синтонные больные — поверхностно общительные, остроумные, быстро, но ненадолго

увлекающиеся, обладают такими полезными для терапии качествами, как способность к искреннему раскаянию, нежелание причинять горе родным и близким. Важно выработать у этих больных трезвое понимание, что собутыльники ценят их в основном как источник увеселения. Следует обратить также внимание больного на недооценку им определенных важных моментов его жизни. Наводящими вопросами больному дают почувствовать, как тягостно его поведение жене и детям. Чтобы предотвратить характерную для этих личностей депрессивную реакцию при осознании болезни, требуется сразу же приступить к выработке стратегии выхода из создавшейся ситуации и включить пациента в терапевтическую группу.

Неустойчивые ювенильные больные легко внушаемы, что облегчает суггестивную терапию, но и приводит к быстрому срыву под влиянием собутыльников. Необходимо формировать у них на повторных сеансах гипноза избирательную внушаемость, императивно подчеркивая, что в ситуациях соблазна они будут слушать голос собственной гордости и голоса близких, а не иные голоса. Так же следует повторять сеансы выработки тошнотно-рвотной реакции на алкоголь, избегая морализации при очередном срыве и учитывая его обстоятельства при проведении внушения.

Астенические алкоголики застенчивы, легко ранимы, быстро истощаются, дают истерические реакции. Часто они скрывают нежность и хрупкость своего внутреннего мира за искусственной развязностью, показной заносчивостью и холодностью. Искреннее сочувствие и уважение помогает установить с этими больными тесный терапевтический контакт. Важно показывать им, как приятны окружающим людям их душевные свойства, которых они стеснялись, поощрять их активное поведение в группе. В процессе гипнотерапии следует внушать им уверенность в себе, способность переносить насмешки бывших собутыльников по поводу их трезвости. Одновременно родственникам надо указать на особую чувствительность больного ко всякой неискренности, неуважению и недоверию.

В начале ремиссии могут фрустрироваться те потребности, которые раньше удовлетворялись с помощью алкоголизации. Чем больше потребностей было включено в эту схему, тем сильнее психическая зависимость и труднее происходит реадaptация больного к трезвости. Поэтому важно помочь А-зависимому найти «безалкогольные» способы удовлетворения потребностей.

Рональд Поттер-Эфрон (2002) описывает аддиктивную схему: «стыд — пьяное бесстыдство — еще больший стыд — усугубление пьянства» — и дает следующие рекомендации для работы с чувством стыда у алкоголиков и наркоманов.

- Помогите клиенту осознать, что ПАВ был избавлением от стыда.
- Помогите клиенту понять, как употребление ПАВ увеличивало стыд.
- Клиент должен узнать, что он может пережить чувство стыда без ПАВ.
- Клиент может нуждаться в том, чтобы пережить стыд за свое бессилие.
- Клиент может нуждаться в помощи и раскрытии своего положения другим.
- Клиент может нуждаться во включении в группу равных, где его не будут стыдить.
- Помогите клиенту распознать и изменить поведение «сухого пьяницы», отражающее его стыд.
- Помогите сорвавшемуся клиенту распознать его стыд, чтобы он мог возвратиться в

сообщество выздоравливающих.

Такая же аддиктивная схема существует и в отношении чувства вины перед окружающими. Рекомендации автора по работе с виной таковы.

- Не критикуйте клиента, но поддержите появление у него чувства вины как естественное последствие безответственного поведения.
- Допустите, что клиент имеет нормальные моральные стандарты, укажите на противоречия между этими стандартами и актуальным поведением.
- Помогите клиенту понять, как употребление ПАВ стало защитой от чувства вины.
- Проинформируйте клиента, что он может начать уменьшать чувство вины, прекратив употреблять ПАВ.
- Подтолкните клиента к развитию морально ответственного стиля жизни, чтобы минимизировать чувство вины в трезвом состоянии.
- Помогите предотвратить срыв, предвидя чрезмерное чувство вины, сопровождающее начальную стадию трезвости.
- Подтолкните выздоравливающего к возмещению ущерба, нанесенного близким людям, как части процесса полного выздоровления.
- Подтолкните клиента производить регулярный пересмотр ценностей и решений, чтобы поддержать его курс на трезвость.

Поддерживающая терапия заключается в адаптации больного к трезвому образу жизни, в помощи в установлении новых отношений в семье, на работе, с друзьями, в выработке нового стереотипа проведения досуга. Этот период совпадает по времени с этапом стабилизации ремиссии, которая может прерываться рецидивами болезни. Последние связаны со следующими факторами:

- 1) недостаточность компенсаторных возможностей, ригидность «алкогольных стереотипов» поведения, препятствующих адаптации к трезвой жизни;
- 2) состояние эйфории, необычайной уверенности в своей вновь обретенной трезвости, переоценка своих возможностей;
- 3) отсутствие необходимого понимания и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, сослуживцев;
- 4) недостаточность и неустойчивость собственной мотивации пациента. .

Когда А-зависимый с помощью лечения прекращает пить, у него появляется чувство эйфории и уверенность в том, что он справится со всеми своими проблемами, хотя существенного изменения в отношении к пьянству еще не произошло. Необходимо заранее предупредить больного о возможности переоценки им своих сил, а возникший срыв использовать для того, чтобы он смог осознать, что без алкоголя еще не может выходить из стресса. Дальнейшая работа заключается в выработке новых способов решения проблем; при этом в фантазиях и снах больного обнаруживается сохраняющееся влечение к алкоголю. Эта работа занимает обычно 6-12 месяцев и включает также исследование чувств, внутренних и межличностных конфликтов, коррекцию заблуждения по поводу возможности выпивать «понемногу». Поддерживающая терапия проводится в различных формах: индивидуальной, супружеской, семейной, групповой (группы поддержки, клубы бывших пациентов при лечебных центрах, сообщества Анонимных Алкоголиков).

НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ

Пищевая зависимость

*Обжора роет себе могилу зубами.
Английская пословица*

Нервная анорексия. Через 1,5-2 года после начала болезни аппетит полностью исчезает, возникает отвращение к еде и наступает общее истощение организма. К этому времени больные теряют до половины своего веса, исчезают месячные, понижается давление и температура. При отсутствии лечения почти в половине случаев наблюдается хроническое течение, в 10-20% случаев наступает смерть в результате истощения, сердечной недостаточности, присоединения вторичных инфекций, а также суицида.

При булимической форме расстройства больные отказываются от еды днем и тайно объедаются ночью, а затем вызывают рвоту. Они прячут пищу по всему дому и набивают карманы леденцами, воруют сладости в магазинах, а во время пребывания в стационаре — в больничной столовой. В личности выражены депрессивно-истероидные черты, экстравертированность и склонность к зависимости: наркомании, промискуитету, клептомании, суицидомании.

Психодинамика. Имеется глубинная связь питания с чувством безопасности, удовольствия и ощущением себя любимым. Препятствия к оральному обладанию провоцируют оральную агрессию — стремление кусать. С появлением совести орально-агрессивные тенденции вызывают чувство вины и потребность в самонаказании. Таким самонаказанием может стать отказ от пищи. Публичной формой покаяния является пост.

Современные психоаналитики интерпретируют нервную анорексию как тревожную реакцию незрелой личности на преждевременные требования независимости и социальной или сексуальной активности. Выявляется бессознательный страх полового акта как разрушительного проникновения, страх беременности, связанный с отождествлением ее с полнотой, с детскими фантазиями об оральном зачатии и о пожирания плодом изнутри.

Гиперкомпенсация неудовлетворенной потребности в автономии переходит в стремление к самодостаточности и абсолютной независимости как жизненно важной цели. Пища ассоциируется с отвергаемыми родителями и обесценивается, таким образом происходит канализация агрессии. В соответствии с мазохистской установкой избирается роль жертвы. Настойчивое отрицание самопроизвольной рвоты объясняется не столько сокрытием болезни, сколько типичной аддиктивной защитой в форме отрицания. Отрицаются также признаки пола, игнорируется их исчезновение и похудание тела. Наконец, отрицается возможность смерти. Некоторые авторы рассматривают нервную анорексию как хроническую форму самоубийства. Подробный анализ истории болезни Эллен Вест — больной анорексией, покончившей с собой, проводит Л. Бинсвангер (2001).

Булимия. Непременным условием приступа обжорства с рвотой является изоляция, как при мастурбации, суррогатом которой можно считать булими-ческую оргию. Однако нарастающая изоляция и отказ от контактов приводят к заместительному удовлетворению на оральном уровне;

таким образом возникает порочный круг. Больные отрицают факт своего повышенного аппетита и объективную тяжесть своего ожирения и полноты. Примерно у 1/3 наблюдается клептомания: они импульсивно похищают еду, бижутерию, предметы одежды из магазинов. В ряде случаев формируется алкогольная или наркотическая зависимость, сексуальная активность повышена, с тенденцией к промискуитету. Наряду с этим возможны аффективные расстройства: депрессия с суицидальными тенденциями, реже эйфория, а также ипохондрические расстройства.

Психодинамика. Влечение к пище может отражать уход от реальности (бегство в пиршество, оргию). Акт поглощения еды уменьшает ситуационную тревогу и подавленность за счет смещения внимания на тело, вес которого легче контролировать, чем ситуацию и свое эмоциональное состояние. Этот стереотип в дальнейшем включается как реакция на эмоциональную фрустрацию.

Можно выделить следующие мотивации булимического поведения: страстное желание обладать, поглощать, фантазии о беременности и кастрационные желания (откусывание батона, колбасы), ожирение как защита от мазохистски отвергаемой роли привлекательной женщины, массивность и солидность скрыто неуверенного мужчины (наравне с такими фаллическими символами, как галстук и борода).

Сам процесс еды призван заменить акт сосания груди, который уже стал неосуществимым. Поэтому борьба за психологическую независимость своей личности от матери выражается в двойственном отношении к еде.

1. В основе экзистенциальной мотивации лежит чувство внутренней пустоты и скуки. Пища заполняет рот и живот, вызывая эйфорию, которая не может заменить наполненной внутренней жизни.

2. Увеличение количества пищи вызывает ощущения излишка, тяжести, неспособности переварить ее, чувство утраты самоконтроля, разочарования в данном способе компенсации. Каждая булимическая атака усиливает чувство неполноценности и потребность в самонаказании. Таким извращенным карающим наслаждением становится следующий приступ.

Для больного булимией важно не только съесть продукт, но и испортить его и затем выбросить как обесцененный и побежденный. За маской любви к еде (груди, матери) в хищном рте и ненасытном желудке прячется жадность, зависть и ревность. «Промыть желудок» и «очистить кишечник» после еды — это все равно, что «умыть руки» для «очистки совести». Вспомните леди Макбет, навязчиво пытающейся отмыть руки от крови своей жертвы. При этом используется такая защита, как отмена.

На языке тела голод угрожает потерей контроля. Агрессивное поедание пищи демонстрирует всепоглощающий контроль, однако из-за невозможности остановиться обнаруживается зависимость. Последней попыткой восстановить контроль над проглоченной пищей становится рвота или испражнение. Каждая оргия завершается переживанием вины и стыда; в результате снижается самооценка, которую пациент пытается повысить за счет достижений в других сферах. Не в силах вынести расщепления на внешнюю благополучную и скрываемую плохую самооценку, психика прибегает к спасительной анозогнозии, которую можно расценить как аддиктивную защиту отрицанием. Наконец, переедание может символизировать замедленное прогрессирующее самоубийство.

Терапия. При выраженном нарушении обмена веществ и суицидальных тенденциях больных госпитализируют, назначают прозак, амитриптилин и финлепсин. Проводят индивидуальную и групповую когнитивно-поведенческую терапию, направленную на улучшение эмоционально-волевого самоконтроля, нормализацию пищевых привычек, отношения к еде. Больных просят вести дневник, в котором они ежедневно описывают свое пищевое поведение, фиксируют ощущения голода и сытости, чтобы контролировать чувства, являющиеся включателями приступа обжорства. Анализ этих записей помогает установить, какое настроение, какая ситуация вызывает потребность в еде. Для предупреждения тревожных реакций на определенные ситуации больным демонстрируют эти ситуации и затем удерживают от обычных компульсивных действий, убеждая в безопасности ситуаций и отсутствии необходимости в прежних реакциях на них. Для подкрепления воздержания от тайных приступов переедания и рвоты используется авersive прием: пациенту предлагают самому принести большое количество пищи и продемонстрировать приступ переедания в присутствии персонала, который остается с пациентом до исчезновения побуждения вызвать рвоту. В это время пациенту помогают понять, что пища может быть безвредной и даже нужной, от нее не нужно избавляться. Важное значение придается раскрывающей терапии, фокусированной на теме питания и фантазий об идеальной комплекции. Рассматривается связь особенностей пищевого поведения пациента с его текущими конфликтами и ситуационно обусловленными колебаниями настроения. Необходимо учитывать, что в период лечения у больных усиливается чувство утраты («диетическая депрессия»), они пытаются уйти от обсуждения своего пищевого поведения, переключая внимание на медицинские проблемы. В ходе терапии анализируются механизмы неизбежных рецидивов. Терапия может считаться завершенной лишь после отреагирования нарциссических обид, и заполнения

экзистенциального вакуума. Эффективным является участие в группах взаимопомощи Анонимные Обжоры.

Сексуальная зависимость

...Секс люди в большинстве своем используют как наркотик — чтобы сбежать от действительности, забыть о своих проблемах, расслабиться. И, как всякий наркотик, он обладает пагубным и разрушительным действием.

Пауло Коэльо. «Одиннадцать минут»

Для сексуальной аддикции характерна неспособность контролировать: сексуальные импульсы; вредные последствия этого поведения (хотя, как правило, сексуальный аддикт это отрицает); проявления неуправляемости в Других областях жизни; усиление частоты импульсов с течением времени; симптомы абстиненции при воздержании. Сексуальная аддикция часто сочетается с алкоголизмом и трудовым. Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева (2000) описывают четыре стадии динамики фазы сексуальной аддикции:

- 1) обсессивная стадия с фиксацией на сексуальной тематике,
- 2) стадия ритуализации с разработкой и реализацией схем аддиктивного поведения,
- 3) стадия компульсивного сексуального поведения с эпизодами потери контроля,
- 4) этап отчаяния с суицидальными тенденциями.

Навязчивая мастурбация проявляется в виде эксцессов, у детей — нередко импульсивно, без учета ситуации и окружения. 3. Лев-Старович (1990) подчеркивает роль юношеских мастурбационных фантазий, которые могут определять будущее поведение мужчины и его сексуальные склонности. Если молодой человек во время мастурбации подробно представляет себе собственное поведение и поведение партнерши, видит в воображении определенный тип женщины, этот сексуальный сценарий может затормозить половое удовлетворение от реального контакта. В результате он может предпочесть онанизм половой жизни с женой, которая будет испытывать чувство отвержения, стыда и неполноценности. Картины, воображаемые во время мастурбации, могут быть также источником гомосексуализма, эксгибиционизма, триолизма (секса втроем). Навязчивая мастурбация обычно сочетается с нарциссизмом (аутофилией, аутоэротизмом) — половым влечением к собственному обнаженному телу, возникающим при разглядывании его в зеркале или на фотографии.

Сатириазис и донжуанизм. У больных сатириазисом при обычных половых контактах резко увеличивается их частота. Известно, что Берия использовал в качестве наложниц более 200 женщин. Другим вариантом гиперсексуальности у мужчин является донжуанизм, названный так по имени дон Хуана Тенерио из Севильи, легендарного покорителя женских сердец, послужившего прообразом для всемирно известного литературного героя. Для донжуана характерна частая смена сексуальных партнеров из-за того, что первый же половой контакт вызывает сильное отвращение к данному объекту и одновременно — непреодолимое сексуальное влечение.

У женщин наблюдается нимфомания или мессалинизм (по имени жены римского императора Клавдия Мессалины, известной своим распутством, властолюбием и жестокостью) — потребность в частой смене половых партнеров. При этом происходят компульсивные половые контакты с незнакомыми людьми любого возраста, а иногда и пола. Различают несколько форм этой сексуальной аддикции:

- 1) фригидная — женщина, страдающая аноргазмией, ищет партнера, с которым надеется испытать оргазм;
- 2) нимфоманическая — женщина нуждается в частом переживании оргазма;
- 3) спортивная — женщина стремится установить «рекорд» сексуальных побед;
- 4) меркантильная — не отличается от проституции.

Промискуитет — беспорядочные, «обезличенные» половые связи. Встречается преимущественно в асоциальной подростковой среде в сочетании с алкоголизацией. В дальнейшем, особенно у девушек, может сохраниться

потребность в частой смене половых партнеров и неспособность к созданию прочной семьи.

Гомосексуализм — половое влечение к лицам своего пола. Выделяют такие формы гомосексуализма, как взаимная мастурбация, орально-генитальные контакты (куннилингус — оральные ласки вульвы, фелляция — оральная стимуляция пениса), аннилингус — ласки языком ануса, а также анальный секс. При женском гомосексуализме (лесбиянстве) практикуется трибадия — трение гениталиями о различные части тела партнерши или имитация коитуса с введением клитора во влагалище.

К аддиктивному гомосексуализму относят истинный (врожденный, эго-синтонный)

гомосексуализм. Для него характерны эпатирование окружающих людей нарочито сексуальным поведением, использование манер, одежды и внешних признаков лиц противоположного пола, возведение собственной нетрадиционной сексуальной ориентации в культ, подчинение ей всех иных ценностей жизни. Описана триада врожденного гомосексуализма (активного у женщин и пассивного у мужчин):

- 1) с детства имеются соматические особенности другого пола;
- 2) транссексуализм и транссвестизм;
- 3) инверсия либидо (характерна и для ситуационно обусловленных форм гомосексуализма у активных мужчин и пассивных женщин).

Активные лесбиянки мужеподобны и часто утрируют свое маскулинное поведение: говорят низким голосом, носят мужскую прическу, одеваются в мужскую одежду, обладают резкими манерами, выполняют мужскую работу. Пассивные мужчины-гомосексуалисты, напротив, женеподобны, пользуются косметикой, подражают женским манерам, переодеваются в женскую одежду (гомосексуальный транссвестизм), чтобы привлечь потенциальных партнеров. Гомосексуализм нередко сочетается у мужчин с женоненавистничеством — избеганием женщин, отвращением и ненавистью к ним; у лесбиянок аналогично наблюдается мужененавистничество.

Стриптомания — зависимость от стриптиза, развивается у мужчин, завсегдаев стриптиз-клубов. Во время сеанса стриптиза у них в крови обнаруживается повышенное содержание полового гормона тестостерона, эндоморфинов и мелатонина, вырабатываемого во время сна. Дело в том, что в стрип-барах обычно используют люминесцентные лампы, которые создают гипнотизирующее мерцающее освещение с частотой 10-12 Гц. По сравнению с искусственным «кайфом», обычная интимная жизнь не вызывает возбуждения, ослабляются эрекция и оргазм. При отмене развлечений у таких мужчин возникает типичное абстинентное состояние.

Танатофилия — мысли и фантазии о собственной смерти, ритуале похорон и реакции близких в качестве необходимой сексуальной стимуляции.

Гипоксифилия — странгуляция (неполное самоудушение с помощью шарфа называется скарфингом) и использование аноксии (кислородного

голодания) для усиления сексуального возбуждения. В США ежегодно умирает примерно 250 скарфингеров, в основном это мужчины.

Апотемнофилия, акротофилия — сексуальное влечение к ампутациям; приводит к ненужным операциям.

Широко известный пример игры со смертью — «русская рулетка», когда человек стреляет в себя из револьвера, барабан которого заряжен наугад одним патроном. Сходные по сути действия - когда человек, приняв несколько таблеток, тотчас же звонит значимому другому или вскрывает поверхностные вены запястий в ванной, когда дома находятся другие люди. Надо сказать, что подобная игра по законам аддикции становится все чаще и опаснее, пока, наконец, суицидент не переходит смертельный рубеж.

Происхождение. Как и при любой аддикции, у сексуального аддикта снижена самооценка. Это приводит к эмоциональной изоляции, единственным средством преодолеть которую становится телесная близость, то есть секс. Сексуальные аддикты используют типичную аддиктивную защиту — отрицание. С ее помощью они преуменьшают значение опасности болезней, передающихся половым путем, нежелательной беременности, утраты значимых взаимоотношений. Как алкоголик оправдывает алкоголизацию необходимостью расслабиться, так и сексоголик использует рационализацию: сексуальная разрядка необходима для здоровья, нормальной трудоспособности и т. п. Как алкоголик повышает свою самооценку, хвалясь количеством выпитого, так и сексоголик навязчиво доказывает свою сексуальную состоятельность. В результате привыкания возникает необходимость повышать остроту сексуальных ощущений — часто менять партнеров, придумывать различные ухищрения и извращения. Половая жизнь становится смыслом существования сексуального аддикта, поэтому сексуальная неудача становится для него трагедией и иногда приводит к самоубийству.

Сексуальный мазохист преодолевает страх перед болью, демонстрируя свою невосприимчивость к ней. Но еще важнее ему испытать чувство рабской покорности и беспомощности перед беспредельной властью партнера. Мазохизм нередко формируется в подростковом возрасте под влиянием грубого сексуального или физического насилия (абьюза), перед которыми подросток был незащитным. При мазохизме пенис партнера воспринимается как замена материнской груди.

3. Фрейд считал мазохизм вторичным, рассматривал его как поворот первичного садизма против собственного «Я» в результате чувства вины, вызываемого суровым Суперэго. Выделив моральный мазохизм, Фрейд отметил, что он создает искушение совершать «греховные» поступки, которые должны затем искупаться упреками садистской совести или наказанием, исходящим от «великой родительской силы судьбы».

Терапия. Применяют лечение литием, финлепсином, сонапаксом, бром-камфарой, бензиеридолом на фоне групповой терапии. Назначают также антиандрогенные гормоны, например, ципростерон-ацетат («Андрокур»), блокирующий сперматогенез и тормозящий половое влечение у мужчин. Проводится тренинг по предупреждению рецидивов. При этом пациенты вначале вспоминают ситуации, провоцирующие у них сексуальные фантазии или действия (например, подавленное настроение). Затем пациентов обучают способам того, как избегать таких ситуаций или справляться с провоцирующими состояниями.

Навязчивая мастурбация у подростков требует следующих терапевтических мер: выяснение соответствия сексуального поведения возрасту; снятие напряжения, связанного со страхом по поводу возможных последствий онанизма; специальное обсуждение личностных проблем пациента и его сексуальных фантазий; при работе с замкнутыми подростками, испытывающими трудности в общении — установление контактов со сверстниками. При навязчивой мастурбации эффективны следующие формулы самовнушения в процессе аутотренинга. «Частое онанирование ослабляло мою нервную систему. Теперь она отдыхает, укрепляется. Самочувствие улучшается. Становлюсь бодрее, жизнерадостнее, увереннее в своих силах. Чувствую себя здоровым, крепким мужчиной. Рядом с женщиной чувствую себя сильным. Близость женщины вызывает естественное половое желание, нормальное половое влечение, освобождает дремавшую общительность, жизнерадостность. При мысли об онанизме чувствую брезгливость и отвращение. И в постели, и в туалете мне противно думать об онанизме. Лечение укрепляет мою нервную систему. С женщиной я смел и уверен. В интимной обстановке чувствую себя сильным. Я становлюсь волевым человеком. Я способен всегда поступать так, как подсказывает мой разум. Выполняю свое решение |до конца. Онанирование стало противным и отталкивающим. Все, что вызывало раньше желание онанировать, теперь безразлично. Теперь я свободен от прежнего желания онанировать. Теперь я сильнее этой привычки. Я бросил привычку онанировать раз и навсегда. Я хотел это сделать, и я это сделал. Стремление онанировать побеждено. Без женщины половое желание едва заметно. Его легко подавить усилием воли. Желание онанировать стало слабым и безразличным. Его легко оставлять без внимания. Голова свободная. Она освободилась от противоречивых стремлений. Ей легко сосредоточиться | на любой мысли. Мысли спокойные и уверенные. Я легко владею собой».

Анна Фрейд описала ряд случаев успешной аналитической терапии I мужчин-гомосексуалистов. Она указала на необходимость интерпретировать отвращение пациента к противоположному полу, страх кастрации и оральной зависимости, а также страх пациента перед собственной деструктивностью и садизмом. Следует быть готовым к наибольшему сопротивлению при интерпретации попытки стать мужественным через идентификацию с партнером и его пенисом в гомосексуальном акте. После того как эта интерпретация проработана, пациент оказывается способным функционировать гетеросексуально; при этом он проходит через нарциссически-фаллическую фазу, в которой женщины служат лишь «мерилом» его пениса. Бессознательный страх поглощения, что в кульминационный момент полового акта он растворится в женщине, является другой важной интерпретацией.

Хайнц Кохут предупреждает, что слишком быстрый переход терапевта к сексуальным проблемам у перверсных пациентов может вызвать реакцию полового перевозбуждения. Подобная реакция замаскирует и задержит осознание пациентом ранней травмы, в которой сексуальность является одним из компонентов. Поскольку в основе сексуальной аддикции обычно лежит ангедония, при аналитическом лечении надо быть готовым к развитию депрессии из-за ослабления в ходе анализа эротизированных защит. В этих случаях приходится временно назначать антидепрессанты.

Отто Кернберг видит задачу лечения в том, чтобы полиморфные перверсные инфантильные фантазии и опыт пациента выразились бы в контексте глубоких объектных отношений, где соединятся нежность, эротика и агрессия, проявятся наиболее глубокие конфликты относительно эдиповой ситуации и кастрационной тревоги. Случаи эффективного психоаналитического лечения перверсий описаны, в частности, Франком Каприо (1995).

Лица с деструктивным сексуальным поведением соглашаются на лечение после совершения половых преступлений, связанных с садомазохизмом, эксгибиционизмом, фетишизмом, проституцией. Некоторые из них гордятся своей нетрадиционной сексуальностью, что рассматривается как компонент инфантильного всемогущества, защищающего от осознания незрелости младенческой сексуальности по сравнению с взрослой.

Психотерапия сексуальных девиаций по Г.Е. Введенскому включает следующие этапы.

1. Разрушение паттерна аномального сексуального поведения с помощью телесно-ориентированной терапии, действующей на мышечный компонент паттерна, гештальттерапии, направленной на отщепление эмоционального компонента и НЛП, воздействующего на сенсорный компонент.

2. Купирование аффективных нарушений с помощью трансовых техник.
3. Психокоррекция расстройств половой идентичности в виде тренингов полоролевого поведения, выработки эмпатии к жертве и пр.
4. Выработка и реализация поведения, замещающего парафильное, например, с помощью рефрейминга.

Применяются аверсионные методы — например, многократная мастурбация с использованием вызывающего стимула, пока тот не перестанет

вызывать возбуждения вследствие насыщения. Другим поведенческим • методом является оргазмическая переориентация, при которой влечение переключают с необычного объекта на обычный. Так, фетишист обуви вначале обучается достигать эрекции при взгляде на фотографию туфель. ^Получив эрекцию, он приступает к мастурбации, глядя на фото обнаженной женщины. Когда приближается оргазм, он должен полностью сосредоточиться на обычном стимуле. Используется также тренинг по предупреждению рецидивов.

«СЛАДКАЯ СМЕРТЬ» (публикация автора в «Спид-Инфо»).

Знаменитую американскую танцовщицу Айседору Дункан задушил собственный автомобиль, намотав на свое колесо ее слишком длинный шарф. Что она испытывала в эти последние секунды?

Ежегодно в мире около тысячи человек умирают от так называемого скарфинга (от англ. шарф). Речь идет о самоповешенных во время мастурбации женщинах и мужчинах. Нет, они не хотят покончить с собой, а стремятся лишь к «легкому удушению», накидывают петлю для того, чтобы получить особое удовольствие. Дело в том, что в сексуальном фольклоре бытует некий миф, что прекращение в момент оргазма притока крови к мозгу многократно увеличивает чувство экстаза. К сожалению, иногда петля затягивается сильнее, чем было запланировано. И тогда из-за помрачения сознания жертва уже не в состоянии развязать свою удавку, с которой «занималась любовью».

В моей практике суицидолога мне не раз приходилось сталкиваться с самоповешением, но один случай стоит особняком. Парень поспорил с девушкой, что сумеет сам выбраться из петли и повис на веревке, привязанной к трубе водяного отопления. Спор он проиграл, но краснеть перед девушкой ему пришлось по другой причине: она подумала, что он обмочился со страха. Этот парень и озадачил меня впервые вопросом: какая связь между удушением и оргазмом?

В головном мозгу находятся два центра эякуляции: корковый и подкорковый. Корковый центр обеспечивает сознательный контроль, например, когда надо оттянуть наступление или уменьшить проявления оргазма. Подкорковый центр вместе со спинномозговым включает семяизвержение, которое уже не остановить.

Корковые клетки сложнее и чувствительнее к недостатку кислорода, чем клетки подкорки. Поэтому при удушении корковый центр оргазма отключается первым. В результате подкорковый центр растормаживается, уровень сексуального возбуждения повышается.

К тому же сдавливаемые веревкой сонные сплетения бомбардируют мозг болевыми импульсами. Мозг реагирует на нехватку кислорода и боль противошоковой терапией — выбросом внутреннего морфия, эндоморфина. Экономная природа, однако, использует это же средство и для подкрепления такого богоугодного дела, как размножение: сладострастные ощущения во время сексуальной разрядки также обеспечиваются эндоморфином. Шок и сексуальное возбуждение поджигают эту свечу с обоих концов.

Но это еще не вся хитрость. Ни один самый осторожный предохраняющийся любовник не сосредоточен так на приближении оргазма, как скарфингер. От страха полностью потерять самоконтроль он максимально сосредоточен на своих ощущениях, и это обостряет их до предела.

Вы спросите, а как насчет мазохизма у скарфингеров? Да, использование мучительных ощущений для получения оргазма характерно все же для мазохистов. Какую-то роль здесь может играть случайное совпадение неприятных ощущений и сексуального возбуждения, ведь у впечатлительного ребенка условный рефлекс вырабатывается за один раз. Возможна и наследственная предрасположенность к данному психосексуальному типу.

Чем еще отличаются скарфингеры? Потребность в сексуальном допинге и аутоэротические тенденции вместо партнерской любви говорят о незрелости их половой сферы. Известный авантюризм, тяга к риску свидетельствуют о подростковом уровне личности, когда важнее всего «что я могу» и ценится больше сила, а не качество чувств и ощущений. Ценность собственной жизни при этом еще недостаточно осознана и стоит ниже, чем чувственное удовольствие.

Такой комплекс обычно бывает у юношей и девушек, «недоласканных» в детстве, которых тянет в кайф, балдеж, расслабуху — в нирвану материнской утробы. Назад — в то время, когда они были счастливы! Кстати, не родились ли они с обвитием пуповины, роль которой потом выполняет шарф?

Игровая зависимость (гемблинг)

Патологический гемблинг (людомания, игроголизм) диагностируется при наличии следующих признаков. 1. Два и более эпизода азартных игр за последние 12 месяцев. 2. Возобновление эпизодов, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание и нарушения социальной и профессиональной адаптации. 3. Невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать ее волевым усилием. 4. Постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре и всем, что с ней связано. Гемблинг часто сочетается с алкоголизмом: по статистике пьющий человек рискует стать игроголиком в 23 раза больше, чем непьющий.

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина описывают игровой цикл, состоящий из следующих фаз.

Фаза воздержания обусловлена отсутствием денег, давлением окружающих или подавленностью после проигрыша. Фаза «автоматических фантазий» характеризуется проигрыванием в воображении состояния азарта в "предвкушении выигрыша, эти фантазии или воспоминания возникают спонтанно либо под влиянием косвенных стимулов. Фаза нарастания эмоционального напряжения, чаще дисфорического, которое сопровождается либо учащением фантазий об игре, либо повышением сексуального влечения, стремлением к интенсивным физическим и интеллектуальным нагрузкам, или нецеленаправленной активностью. Фаза принятия решения играть в 1-й стадии болезни проявляется в лихорадочном, схематичном планировании варианта выигрыша под влиянием нарастающих фантазий; на более поздних этапах решение отыгаться приходит сразу после проигрыша. Фаза вытеснения принятого решения заключается в появлении иллюзии контроля своего поведения; в результате игрок без осознания риска идет навстречу угрозе срыва: получает большую сумму денег, выпивает, пытается сыграть ради развлечения. Фаза реализации принятого решения сопровождается сильным эмоциональным возбуждением, одолевающими фантазиями о предстоящей , игре; больной впадает в транс, в котором находится, пока не останется без денег или без сил. После игры больной пребывает в подавленном состоянии, критикует себя и обещает больше не играть. В результате наступает эмоциональная разрядка и прощение себя относительно данного игрового эпизода.

У мужчин расстройство начинается в подростковом возрасте, у женщин — во второй половине жизни. У новичка оно может возникнуть после первой игры при крупном выигрыше.

Игроголизм носит хронический и прогрессирующий характер. Игрок проходит через 4 последовательные стадии течения болезни.

1. Стадия выигрышей: случайная игра, частые выигрыши, возбуждение предшествует и сопутствует игре, возникает необходимость играть все чаще, повышать ставки, играть на грани фолла, когда за секунду можно потерять все, что имеешь, или приобрести «весь мир». Фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм.

2. Стадия проигрышей: игра в одиночестве, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, одалживание денег на игру. Невозможность прекратить игру ни после большого выигрыша, ни в случае постоянных проигрышей; она может длиться непрерывно несколько суток. Ложь и сокрытие от других своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, изменение личности — раздражительность, утомляемость, необщительность. Тяжелая эмоциональная обстановка дома, очень большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, неспособность оплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть. При этом возникает синдром отмены — тяжелое дисфорическое состояние с головной болью, беспокойством, нарушением внимания, подавленностью и раздражительностью, ухудшением сна. Это состояние проходит только после включения в игру.

3. Стадия отчаяния: потеря профессиональной и личной репутации значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера ставки, отдаление от семьи и друзей. Утрачиваются приобретенное ранее высокое техническое мастерство игры: больные делают нерасчетливые ходы, прибегают к неоправданному риску. Больной достает деньги для игры любыми способами: прибегает к лжи, растратам, аферам и хищениям. При этом сознательно он собирается использовать эти деньги для выигрыша и вернуть долги, но не удерживается и вновь все проигрывает. Возникают угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника. Наказания и самообвинения лишь обостряют стремление «поправить» настроение привычным способом.

4. Постепенно больной становится раздражительным, замкнутым, в поисках денег для игры вступает в контакт с преступным миром, теряет друзей, семью, работу, свободу. В финале — уход в себя, безнадежность, злоупотребление алкоголем, аффективные расстройства, суицидальные мысли и попытки.

В последние годы в связи с развитием Интернета появилась новая зависимость — интернет-

аддикция. Она развивается у 25% пользователей в течение первого полугодия и у 58% — в течение второго полугодия. В эту аддикцию входит:

- обсессивное пристрастие к компьютерным играм или программированию;
- патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам, поглощенность виртуальным общением;
- компульсивное блуждание в удаленных базах данных в поисках новой информации.

Аддикт воспринимает компьютерную игру как вызов его способностям и умениям; это требует от него высокого уровня умений, большой мобилизации, концентрации внимания, скорости реакции. У аддикта возникает ощущение переноса в другое измерение, нарушается чувство времени, снижается интерес к окружающей реальности. Он пропускает обычное время для приема пищи, мало спит, уделяет недостаточное внимание своему внешнему виду и личной гигиене. Его пальцы совершают движения, как будто печатают на клавиатуре. У него появляются головные боли и боли в спине, сухость глаз, изменяется характер сновидений.

У 65% детей развивается феномен «воображаемого друга» (сверстников, животных, неживых существ), при этом реальное общение сводится к минимуму. Они посвящают своему увлечению все свободное время, тратят карманные деньги на покупку очередного компакт-диска или модернизацию компьютера. Во время беседы дети оживляются лишь при затрагивании тем, связанных с компьютером; при этом становятся экзальтированными, подолгу и со многими подробностями описывают какую-нибудь видеоигру, как бы играя в нее в этот момент. Попытки взрослых ограничить время, которое ребенок проводит за компьютером, вызывает у него бурный протест; вынужденный простой сопровождается чувством скуки и опустошенности. Ребенок запускает учебу, [начинает пропадать у знакомых, имеющих компьютер, невзирая на растущее недовольство хозяев и запрет собственных родителей.

Кимберли Янг предлагает опросник для диагностики Интернет-зависимости.

1. Вы используете Интернет, чтобы уйти от проблем или избавиться от плохого настроения.
2. Не можете контролировать использование Интернета.
3. Чувствуете необходимость находиться в Интернете все дольше и дольше для того, чтобы достичь удовлетворения.
4. Проводите в Интернете каждый раз больше времени, чем планировали.
5. После излишней траты денег на оплату соединения начинаете на следующий день все сначала.
6. Обманываете членов семьи и друзей, скрывая, сколько времени вы проводите в Интернете, и степень вашей увлеченности им.
7. Чувствуете беспокойство или раздражение, когда вас отрывают от Интернета.
8. Вы думаете об Интернете, когда находитесь off-line.
9. Когда находитесь off-line, испытываете подавленность или беспокойство.
10. Рискуете лишиться важных взаимоотношений, потерять место работы или учебы из-за Интернета.

Если вы честно ответили «да» более чем на 4 вопроса и ваше увлечение ; длится более года, вам необходима психологическая помощь.

У игроголиков отмечается высокий интеллект, большая энергия при узком круге интересов, трудоголизм, авантюризм, максимализм, чрезмерная критичность по отношению к близким и друзьям; в то же время имеется склонность избегать серьезных конфликтов с помощью искажения фактов и лжи. Они часто скучают среди людей и после работы продолжают деловые переговоры по телефону. Эти люди хорошие организаторы, но плохие исполнители, они генерируют идеи, но не воплощают их. Они не копят деньги, а тратят их, если занимают — то в максимальных количествах и с нарастающей частотой. Им свойственна фетишизация денег, которые они воспринимают как источник их проблем и в то же время — способ их решения. Фетишем может стать любимый игровой автомат, «мой», «более честный», «который когда-нибудь отдаст вложенные деньги».

Патологические игроки делятся на два типа личностей. Гипертимные личности самоуверенны и энергичны, склонны к мотовству, особенно в периоды тревожно-депрессивных проявлений. Гипотимные подавлены, неуверенны, легко впадают в уныние при неудачах. Выделяют также смеющихся, плачущих и отчаявшихся игроков. Для смеющегося игрока игра прежде всего — развлечение, он контролирует размеры проигрышей, обвиняет в них других людей или случай. Плачущий игрок подчиняет игре остальные интересы, постоянно озабочен необходимостью отдавать долги, которые неуклонно растут. Отчаявшийся игрок полностью поработан игрой, у него не остается ни работы, ни семьи, ни друзей, без игры он чувствует себя как наркоман без наркотика и может импульсивно покончить с собой.

Происхождение игроголизма. Болезненней всего игрок переживает не проигрыш, а невозможность продолжать игру. В процессе игры игрок испытывает предвкушение своего триумфа,

чувство риска; эта смесь эйфории и страха служит ему наркотиком. Вследствие привыкания становится необходимой игра «по крупному», где игрок рискует в конце концов жизнью. Для облегчения переживания страха смерти мозг выделяет внутренний наркотик эндо-морфин. Чтобы подстегивать этот механизм, все больше используется саморазрушающее поведение.

Часто выясняется, что родитель больного является азартным игроком. У него, как впоследствии у больного, можно обнаружить алкоголизм или проявления какой-либо другой аддикции. В родительской семье отмечалась фетишизация денег и/или небрежное отношение к ним. В детстве больному не хватало чуткого отношения родителей, или он рано потерял одного из них. Будущий пациент с детства отличается экстравертированностью, фантазиями о своем превосходстве и везении, неспособностью к стойкому волевому усилию. Их не интересует учеба, выполнять свои обязанности по дому для них унижительно. Для больных мужского пола в подростковом возрасте характерен выраженный эмансипационный конфликт с родителями, а в дальнейшем — оппозиционный настрой к авторитетным фигурам. Потенциальных сексуальных партнеров больные отвергают как недостойных. Женщины часто имеют выпивающего мужа, склонного к отлучкам из дома. Таким образом, им скучно и в школе или вузе, и на работе, и в компании — если только это не компания «товарищей по несчастью», «убивающая время» за какой-нибудь азартной игрой. Игрок исповедует философию погони, без конца пытаясь отыграть то, что было проиграно. При этом игрок убежден, что игра, которая создала его проблемы, является единственным способом их решения.

Выделяют следующие когнитивные ошибки игроков: «Я могу магическим образом влиять на случайность», «Игровой автомат похож на меня», «Я проиграл из-за своей невнимательности», «Я обязательно выиграю в следующий раз», «Это ужасно, если я не выиграю», «Я ничто, если я не играю и не выигрываю», «Я не могу существовать, если я не играю».

Психодинамика. В психодинамике расстройства преобладают защиты, присущие ананкастной личности: уничтожение сделанного, фантазии о всемогущественном контроле, реактивное образование, а также типичные аддиктивные защиты: отрицание, вытеснение, регрессия. Фрейд отмечал сходство азартной игры с навязчивой мастурбацией — такая же непреодолимость искушения, всепоглощающее удовольствие, приводящее к настоящему параличу воли, и измененное состояние сознания. Анализируя поведение Достоевского, который начинал писать, только когда закладывал все имущество, Фрейд отмечает: «Всегда он оставался у игорного стола, пока не проигрывал всего, пока не был полностью уничтожен. Только когда это зло осуществлялось, демон покидал его душу и предоставлял место творческому гению». Фрейд связывает неосознанное стремление к проигрышу у Достоевского с чувством вины и потребностью в самонаказании. Источник чувства вины остался не понятым для Достоевского, но Фрейд выводит его из стремления к отцеубийству как результата еі о сексуальных конфликтов в детском возрасте.

Игроки чрезвычайно суеверны, пользуются всевозможными ритуалами и заклинаниями в надежде на удачу. Мотивацию гемблинга можно свести к игре с Матерью-судьбой под названием «Любит — не любит». Постоянное возвращение к игре обусловлено инфантильными фантазиями о всемогуществе, неограниченном удовлетворении своих желаний, а также протестом против реальной действительности, не подчиняющейся воле больного. При этом игрок в силу своей неуверенности и зависимости возлагает ответственность за проигрыш на фортуны. Проигрыш вызывает обиду на «судьбу-злодейку» и провоцирует новую попытку.

Азартный игрок находится перед дилеммой: выигрыш желателен, поскольку он реализует детское стремление к всемогуществу и является символическим одобрением инцестуозных влечений, однако проигрыш также желателен, поскольку он обеспечивает наказание за запрещенные инцестуозные действия и таким образом устраняет чувство вины. Поскольку выигрыши вызывают нестерпимое чувство вины, а проигрыши доказывают недостаточное всемогущество, игрок попадает в порочный круг.

Терапия. Для изоляции игроголика от привычного окружения целесообразна госпитализация на 2-3 месяца, во время которой обычно применяется литий для купирования сопутствующего депрессивного синдрома, а также начинается психодинамическая терапия. Используется также имажинативная (лат. *imago* образ) десенситизация, когда больной представляет себя способным воздержаться от игры в различных, все более провоцирующих ситуациях. Пациенту также дают парадоксальное предписание играть в соответствии со строгим режимом, разработанным терапевтом. Эффективна групповая психотерапия, направленная на работу с образами и эмоциями, а также с проблемами общения, поскольку аддикты обычно испытывают значительные затруднения в этих сферах. Эффективным является участие в группе взаимопомощи Анонимные Игроки, работающей по принципу Анонимных Алкоголиков. Используются публичные признания, групповое давление и пример бывших пациентов, бросивших игру.

Р.Л. Кастер (2002) начинает терапию с 2-3-недельного курса интенсивной поддерживающей

терапии, направленной на преодоление фазы разочарования. Затем с пациентом и его семьей заключают контракт, согласно которому он обязуется сделать все возможное для избежания срыва. Проводится групповая терапия, фокусированная на коррекции манипулятивного поведения и выработке мотивации к участию в сообществе Анонимных Игроков, с помощью которого пациент решает свои финансовые и семейные проблемы.

И.С. Павлов (2003) предлагает в работе с патологическими игроками учитывать следующие терапевтические мишени.

- Навязчивые мысли об игре, влечение к атмосфере игры. При неудовлетворении этих влечений возникает чувство дискомфорта, внутреннего напряжения.
- Перевод с помощью игры субдепрессии в радость или злость на себя или ситуацию, чтобы оживить себя в ситуации риска, разрядиться, получить причину плохого настроения: не везет в игре.
- Сверхценная идея быстро и легко обогатиться.
- Реализация фактора веры, надежды на выигрыш.
- Авторитетная группа, разделяющая взгляды на риск, надежду и мифы о выигрыше.
- Перенос значимой жизнедеятельности в атмосферу игры, неопределенности исхода, риска, с появлением чувства насыщенности и значимости бытия.

Щербakov с соавторами описывают 4 этапа психодраматерапии гемб-г

1. Создание личного мифа о собственном болезненном состоянии, с ооо чением Провокатора и Судьбы.

2. Работа с генограммой, то есть интра ическое дистанцирование от семейного наследия.

3. Разыгрывание истор СТвенном Большом марафоне.

4. Проработка раннего детского опыта с^га^дняшних проблем.

g, - и А.ф. Шайдулина разработали поэтапную программу й гемблинга

- Диагностический этап включает установление диагноза определение стадии игровой зависимости, выяснение индивидуальных особенностей фаз игрового цикла.

Психообразовательный этап посвящен осознанию пациентом невозможности вернуть свое первоначальное отношение к игре и необходимости полного отказа от игры. Пациенту рассказывают о причинах и симптомах заболевания, его течении и методах лечения, типичных ситуациях, провоцирующих срыв, а также о вариантах отношений с окружающими при отказе от игры. Пациенту предлагают живо вообразить свою жизнь, в которой никогда не будет игры. При этом его желание играть резко усиливается, и он осознает трудность и необходимость его контролировать.

Этап создания стратегий контроля над импульсом к игре направлен на понимание пациентом того, что:

1) с момента игрового срыва он не в состоянии проконтролировать свое поведение;

2) отсутствие осознаваемого желания играть не связано напрямую с возможностью контроля над игровым импульсом.

Пациент обучается осознавать и различать постоянное желание играть и резкое ситуационное усиление игрового импульса под воздействием внешних обстоятельств. Контроль за игровым поведением достигается путем выработки у пациента способности замечать признаки надвигающегося срыва: усиление фантазий об игре, нарастание эмоционального напряжения, появление уверенности в выздоровлении.

Регуляция состояний транса достигается путем понимания пациентом того, каким образом он вводит себя в состояние транса после принятия решения играть и как он может контролировать этот процесс. Работа над ошибками мышления заключается в выявлении иррациональных установок, связанных с игрой, анализе мотивов поведения, касающихся игры и ее последствий. Этап планирования состоит в составлении программы ближайших жизненных задач: расчет с долгами, восстановление финансового благополучия, нормализация рабочих отношений. Для профилактики срыва важно обсудить причины прежних срывов и выработать мотивацию к постановке задачи контроля игрового поведения и шире — овладения навыками эмоциональной саморегуляции.

Кроме уже упоминавшейся распространенной формой взаимопомощи Анонимные Игроки, организованные по принципу Анонимных Алкоголиков, в Рунете имеется Служба Анонимной помощи пользователям Интернета, предлагающая психологическую поддержку он-лайн с помощью ICQ — сетевого аналога службы неотложной телефонной помощи.

©XIX в. Юный джентльмен гадает на ромашке: «Любит — не любит?» ,

XX в. Парень прикидывает: «Даст — не даст?»

XXI в. В Интернете: «Мужчина — женщина? Активный — пассивный?»

Аддиктивный фанатизм

Аддиктивный фанатизм — это крайняя степень увлечения какой-либо деятельностью с созданием из нее культа, поклонением кумирам и растворением в группе единомышленников. Самые распространенные варианты фанатизма — религиозный (сектантство), политический (партийный), спортивный (фанаты) музыкальный (рокеры) и т. д. Фанатики обнаруживают также аддикцию отношений, влечение к власти единомышленников над остальными, разрушению и саморазрушению. Сознание адепта культа определяется культовыми ценностями, ответственность за жизнь самоотверженно передается лидеру группы.

Последние годы отмечается много случаев развития индуцированного бреда в религиозных группах, приводящих, в частности, к массовым самоубийствам, убийствам членов сект, насилию над детьми и другим тяжким правонарушениям (например, убийство 300 детей в Джонстауне в 1978 г.). Среди членов американского фан-клуба «Нирвана» самоубийц в 18 раз больше, чем в среднем в популяции у лиц соответствующего возраста.

Для экстремистских религиозных сект характерно следующее:

- а) харизматические лидеры, считающие себя мессиями или обладателями особой силы (дара);
- б) тоталитарная (догматическая, абсолютистская) философия;
- в) тоталитарная система управления;
- г) требование беспрекословного подчинения уставу культовой группы;
- д) сильный акцент на накоплении богатства для культа;
- е) почти полное отсутствие заботы об индивидуальном благополучии членов секты.

От новообращенных обычно скрывают истинное положение дел, но как только они глубоко вовлекаются в культ, их подвергают процедуре промывания мозгов. Полное изменение личности неофита занимает обычно от нескольких дней до нескольких недель, и после 4-7 лет жизни в культовой группе эти изменения становятся необратимыми.

Членами фанатических групп становятся конформные личности, неспособные брать на себя индивидуальную ответственность за свою жизнь и чувствующие себя уверенно лишь в группе, ведомой сильным лидером. Чем больше они теряют свою индивидуальность, тем больше нуждаются в идентификации с лидером и группой, чтобы получить нарциссическое чувство всемогущества. Конформист лишен каких-либо индивидуальных черт характера, он «плывет по течению», слепо подчиняясь своей среде, и постоянно готов согласиться с мнением большинства. Он некритически воспринимает мнение авторитета или группы, даже если оно явно не соответствует действительности. Совершенствование у конформистов ограничивается подражанием. Они неинициативны, им свойственна шаблонность, банальность, ходячая мораль, консерватизм. Их речь изобилует трафаретными фразами, бюрократическими штампами (вспомните героев Зошенко). Они одеваются по форме, ведут себя «как положено». Конформисты настороженно относятся к незнакомцам, часто проявляют ксенофобию и враждебность к инакомыслию. Попад под влияние группы, такой человек легко спивается, втягивается в групповые правонарушения или становится адептом культа.

Первичная выгода конформизма заключается в бегстве от личной ответственности, вторичная — в ожидании награды за свою «верность». Конформист при этом жертвует своими правами человека и самоуважением в обмен на групповую самоидентификацию и возможность занятия безопасной социальной высоты. После развала СССР огромное число конформистов оказались не готовы к переменам и превратились в фанатиков коммунистической идеи и прошлого образа жизни; этим во многом объясняется замедленный выход страны из кризиса.

Происхождение фанатизма. П.Б. Ганнушкин один из первых указал на связь сексуальности, агрессии и религиозного чувства. Воодушевление и экстаз фанатика во время молитвенного ритуала, так же, как и во время политического митинга, рок-концерта или спортивного матча, вызывают у него выброс внутреннего наркотика со всеми вытекающими последствиями. Мода на медитирование также в большой степени обусловлена выделением в этом состоянии эндорфина. Фанатики стремятся к уходу от своего Я в мы, растворяясь в группе единомышленников, где они чувствуют себя в безопасности. «Но если в партию сгрудились малые — Сдайся враг, замри и ляг! Партия — рука миллионопалая, Сжатая в один громающий кулак» (В. Маяковский). Малые здесь — инфантильные конформисты, бессильные поодиночке, и всесильные в стае. Мир для них делится на «наших» и «врагов», правоверных и неверных.

Развитию фанатизма в нашей стране способствовал авторитарный менталитет, сформировавшийся в условиях тоталитарного режима, когда люди привыкли ожидать «хлеба и зрелищ» от власти имущих. Поскольку тоталитаризм сочетался с атеизмом, это привело к обожествлению земной власти. Однопартийная система обожествляла лидера партии и руководителя

государства, а членов партии делала идеологическими (добровольными, фанатично преданными) рабами. Аддиктивный фанатизм часто сочетается с аддикцией к власти, а также с влечением к смерти, которое проявляется в мазохистском принесении себя в жертву ради торжества сверхценной идеи. Этим можно объяснить и публичные «саморазоблачения» на процессах 30-х годов, и садомазохистское поведение современных террористов-смертников. Идеологический и социальный кризис в нашей стране привел к появлению большого количества молодых людей, которые явились легкой добычей не только наркомафии, но и зарубежных религиозных сект, обещающих духовную поддержку в обмен на отказ от своего Я.

Терапия. Для освобождения от влияния религиозной секты используется депрограммирование, которое состоит в развитии критического, гибкого, творческого и независимого мышления и коррекции ложных представлений относительно культовой жизни. Член культа исследует культовую идеологию в свете логики и известных ему фактов. С помощью наводящих вопросов его нацеливают на систематический анализ вскрытых противоречий. Новичков информируют о том, что им придется посвятить свою жизнь этой группе, что их будущий супруг(а) и время вступления в брак будут выбраны за них лидером культа. Особенно полезно описать и объяснить процесс идеологической обработки, которой они были подвергнуты.

В процессе депрограммирования желание аддикта понять, что с ним происходит, нарастает, пока не будет достигнуто состояние «ломки». Перед этим аддикт внезапно прекращает обсуждение, становится тихим и задумчивым или обнаруживает признаки шока. Затем у него появляются нервная дрожь, рыдания и паническая растерянность, и рождается решение порвать с культом. Далее следует фаза неустойчивости, когда случайная встреча или телефонный звонок могут привести к рецидиву.

Окончательно освободиться от влияния секты можно только с помощью специально созданной команды близких и друзей аддикта, которые общими усилиями могут вернуть его к прежней жизни. Ядро команды составляют родные, близкие и друзья. В команду включаются также люди, с которыми адепт культа был связан до своего вступления в секту, другие семьи с аналогичными проблемами, бывшие члены секты. Подготовить такую команду для терапевтического вмешательства может семейный терапевт. Многих потенциальных членов команды обычно приходится убеждать в наличии проблемы. У таких людей, использующих защиту отрицанием, необходимо спрашивать: «Какие вам нужны доказательства, чтобы убедиться в существовании проблемы?» — и предоставлять соответствующую информацию. Часто члены команды нуждаются в опровержении ошибочных представлений, мешающих эффективной работе команды. Стивен Хассен (2001) перечисляет 10 подобных заблуждений: «Никакого контроля сознания не существует», «Любое влияние является контролем сознания», «Ведь он по-своему счастлив!», «Нельзя вмешиваться в жизнь взрослого человека», «Он имеет право верить, во что хочет», «Он достаточно умен и разберется сам», «Он так слаб, что ищет руководства», «Уж лучше секта, чем его прежняя жизнь», «Он уйдет сам, когда будет готов», «Мы потеряли надежду».

Дэвид Берне (1995) описывает когнитивные стереотипы членов команды, которые приходится преодолевать в ходе терапии. Абсолютизация прошлого опыта: он никогда не слушал моих советов, не послушает и сейчас. Сверх- обобщение: в прошлый раз мы поссорились, он всегда ненавидел меня. . Наклеивание ярлыков: да ты просто зомби! Самообвинение: это моя вина, что он попал в секту. Отрицание: никто его не контролирует, просто он сейчас в растерянности. Рационализация: если бы не секта, она была бы сейчас среди своих наркоманов. Негативная фильтрация: мы чудесно провели вчерашний день, но он все равно вернулся в секту, это полный провал. Поляризация: он так усердно трудится в своей секте, хотя все равно ничего не добьется. Персонализация (предположение, что все происходящее имеет отношение к вам): я оставила для него три сообщения, а он все равно не позвонил; должно быть, он знает, что я обратилась к консультанту. Чтение мыслей: конечно, ты расстроился, что я не предупредила тебя прежде, чем что-то делать. Ошибки контроля: я выбью из него эту дурь! (или наоборот: мои попытки безрезультатны). Эмоциональная аргументация: я так чувствую, что любой, кто верит в эту чушь, просто слабак.

Члены семьи адепта нередко страдают какими-либо аддикциями, и бывает полезно привлечь адепта для помощи им в избавлении от этих зависимостей. Впоследствии роли меняются, и успешное выздоровление родственника служит положительным примером для адепта. Во избежание рецидива следует учесть, что после выхода из секты бывшего адепта могут мучить чувства стыда и вины. Вместо того чтобы искупить свою вину перед близкими, он может направить свои усилия на то, чтобы попытаться спасти друзей, оставшихся в секте. Это может затянуть его назад. Следует успокоить адепта, что хотя его вина и велика, но не стоит ее преувеличивать. И лучшее, что он сможет сделать для оставшихся в секте друзей, — это показать им пример творческой самостоятельной жизни.

Терапия выживших жертв ритуального насилия включает следующие этапы:

а) установление терапевтического альянса;

- б) обследование и оценку;
- в) уточнение диссоциативной системы;
- г) вскрытие вытесненной информации и устранение диссоциативных барьеров;
- д) реконструкцию памяти и коррекцию представлений;
- е) противодействие внушенным представлениям;
- ж) десенсибилизацию запрограммированных сигналов;
- з) интеграцию прошлого, нахождение нового смысла жизни.

Используются такие методы терапии, как катарсис, гипноз, самовыражение (ведение дневника, рисование, игра в песочном ящике), лекарственная терапия и стационарное лечение. Дополнительную помощь оказывает участие в группе взаимопомощи, работающей по принципу Анонимных Алкоголиков. В процессе терапии необходимо быть готовым к развитию суицидоопасной депрессии. Это может быть результатом запрограммированности на суицид и/или неспособности интегрировать ужасающие компоненты воспоминаний. Крайне важно помочь больным осознать, что они не несут ответственности за случившееся, т.к. являются жертвами запугивания, насилия и искусных манипуляций.

Обратиться за помощью по вопросам, связанным с религиозным культом, в Москве можно в Информационно-консультативный Центр Ирины Лионского, тел. 246-25-35; сайт Интернета <http://iriney.vinchi.ru>. Имеются также сайт Комитета по спасению молодежи <http://info.sandy.ru/socio/public/youth>, сайт «Свидетелям Иеговы посвящается...» <http://www.iegova.narod.ru> и др.

©Фанатики — это люди, которые интенсивнее умирают, чем живут.
Жарко Петан

Суицидальный синдром в соматической клинике

СОМАТОГЕНИИ

После смерти нас встречают два вопроса. Злой ангел спрашивает. «Как он жил?», милосердный Создатель спрашивает: «Как он умер?» Творец берет последнюю слезу умирающего и погашает ею все грехи, записанные на его жизненной таблице.

Моисей Сафир

Каждый пятый суицидент страдает тяжелым соматическим заболеванием. Почти половина пожилых людей и стариков, совершающих суицид, имеют инвалидность по соматическому заболеванию. Каждый второй больной, госпитализированный по поводу инсульта с параличом конечностей, обнаруживает депрессию, которая сохраняется не менее полугода. У 15-20% больных, перенесших инфаркт миокарда, в дальнейшем также развивается депрессия. Суицидальная готовность отмечается у половины онкологических больных, а 15% из них совершают самоубийство. Суицидальный риск у больных СПИДом в 20-30 раз выше по сравнению с остальным населением.

Нарушенная соматическая функция вызывает нарциссическую обиду и ипохондрию. Затем больной переживает чувство утраты здоровья и статуса, у него возникают фрустрационно-агрессивные намерения, он становится раздражительным, завидует здоровым и враждебно относится к ним, несмотря на их заботу и уход. Это ухудшает отношение к нему близких и медработников, усугубляя положение больного. Больные, утратившие физическую привлекательность (после удаления передних зубов, ампутаций конечности или грудных желез, обезображивающих ампутаций, при наличии кожных заболеваний и очагового облысения и т. п.) испытывают социофобии, сопровождающиеся избегающим поведением.

У многих больных неизлечимыми соматическими заболеваниями, знающих о неизбежности углубления страданий и летального исхода, развивается суицидоопасная пессимистическая реакция. В основном это овдовевшие люди старшего возраста. Содержанием переживаний является рациональное подведение жизненных итогов, оценка пройденного пути, сравнение положительных и отрицательных аспектов продолжения жизнедеятельности. Подведение баланса происходит на фоне высокого уровня критичности, четкости и реалистичности суждений, сохранности личностного ядра. Принятие решения о самоубийстве происходит в связи с представлениями о неизлечимости заболевания и переживаниями физического страдания. Поведение в пресуициде лишено аффективной напряженности («холодный пресуицид»). Подготовка к суициду носит тщательно скрытый характер, выбираются наиболее

летальные способы суицида. В случае покушений, не закончившихся смертью, суицидальные намерения сохраняются и с большим трудом подвергаются обратному развитию.

Соматогенные аффективные расстройства проявляются в виде колебаний настроения, которое обычно бывает подавленным; возможны незначительные когнитивные затруднения. Состояние развивается внезапно или постепенно, выраженность его зависит от тяжести основного заболевания, но в ряде случаев аффективные симптомы сохраняются в течение нескольких недель или месяцев после нормализации соматического состояния. Причиной расстройства чаще сего служит интоксикация лекарствами, особенно гипотензивными, поскольку последние снижают уровень эйфоризирующего нейромедиатора серотонина. Обычными причинами также являются органические поражения мозга, гормональные и другие соматические болезни.

Аффективные гипернозогностические реакции проявляются синдромом тревожной или ипохондрической депрессии. На первый план выступают страх возникновения или обострения опухолевого процесса или другого тяжелого заболевания; страх смерти от внезапного сердечного приступа, нередко сопровождающийся паническими атаками; страх оказаться в ситуации, исключающей возможность медицинской помощи, агорафобия. Кратковременные боли или вегетативные дисфункции воспринимаются как признаки соматической катастрофы и сопровождаются дурными предчувствиями. Больные тщательно регистрируют соматические симптомы, настаивают на повторных диагностических процедурах. Они подавлены, пессимистичны, высказывают идеи необратимости поражения организма, бесполезности лечения, утраты трудоспособности, безнадежности.

При тяжелых хронических соматических и неврологических заболеваниях возникает астеническая депрессия. Она включает в себя повышенную утомляемость, истощаемость, снижение активности. Больные жалуются на физическое бессилие, утрату энергии, «изношенность». От обычной усталости состояние отличается нарушением общего чувства тела, стойкостью и отсутствием связи с нагрузкой; наоборот, оно ухудшается сразу после ночного сна. Наблюдается также пессимизм с чувством бесперспективности, подавленностью, безразличием, слабодушием, слезливостью.

Истерическая депрессия обычно возникает в ответ на разрыв любовных отношений или гибель близких. Больные продолжают «общаться» с близким человеком с ощущением его физического присутствия, драматизируют свои переживания, ярко воспроизводят сцену похорон, заламывают руки, рыдают, падают в обморок. С целью получения сочувствия они могут наносить себе незначительные травмы, высказывать суицидальные угрозы.

У истероидных больных наблюдается бурная аффективная реакция по поводу утраты внешней привлекательности в результате травмы или калечащей операции. У них также наблюдается аггравация (сознательно преувеличенные жалобы), проявления синдрома Мюнхгаузена (симулятивное расстройство) и конверсионные расстройства. Последние включают яркие, образные и отчетливо предметные ощущения: гвоздь или игла в сердце, раскаленный шар в животе и т. п.

Н. Бусыгина (2001) выделяет четыре основных эмоциональных синдрома, характерных для тяжело больных. В отрицание входит чувство беспомощности и апатия. Аннигиляция или экзистенциальное отчаяние включает безнадежность, тревогу и страхи, депрессию, укороченную временную перспективу. Отчуждение означает отвержение значимых других вместе с чувством собственной отвергнутостиTM, переживанием своей беспомощности и никчемности. Деструктивная дисфория описывает гневливого, разочарованного пациента, чувствующего себя обманутой жертвой; здесь имеют место смятение, злобность, фрустрация и депрессия. В любом случае наблюдается обеднение мотивационной сферы, которое проявляется как аутизация, замкнутость, отчужденность, эмоциональное оскудение, пассивность, стремление к стереотипному выполнению работы, мелочность, желание опеки, ограничительное поведение.

Элизабет Кюблер-Росс (2001) описала стадии переработки ситуации неизлечимым больным. 1 стадия заключается в отрицании и изоляции. В «Раковом корпусе» А.И. Солженицына показано, как больные отказываются признать реальность, изолируются от угрожающей правды. «Я знаю, что я должна умереть, — говорит 60-летняя больная раком, которой сообщили ее диагноз, — но я не могу в это поверить». Ефрем Полдурев дополнительно использует идентификацию с агрессором — смертью: «Итак, что ж было прикидываться? За рак надо было принять и раньше — то, от чего он жмурился и отворачивался два года: что пора Ефрему подышать. Так, со злорадством, оно даже легче получалось: не умирать — подышать. Но так можно было только выговорить, а ни умом вообразить, ни сердцем представить». Эти агрессивные чувства соответствуют 2 стадии по Кюблер-Росс — стадии гнева. Часто раздражение направлено на окружающих: больной завидует здоровым людям и недоволен врачами и обслуживающим персоналом.

На 3 стадии происходит торг, больные пытаются заключить сделку с врачами, демонстрируя свое послушание, с Богом, обещая посвятить ему оставшуюся жизнь, если он продлит ее. На 4 стадии

наступает депрессия, особенно если больной остается в изоляции. В это время он переживает ряд утрат: надежды на возможность выздоровления, жизненной перспективы, трудоспособности, сексуальной потенции и привлекательности, чувства нужности близким и т. д. Он готовится к предстоящему расставанию с любимыми людьми, с жизнью и к встрече со смертью. Наконец, 5 стадия — это стадия смирения с неотвратимо приближающейся смертью, которое может перемежаться с иррациональной надеждой на чудесное спасение. Эти надежды больного обычно связаны с переоценкой возможностей врача и его идеализацией, сочетающейся с регрессивной тенденцией к установлению симбиоти-ческих отношений с ним.

ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Позицию врача, лечащего тяжелобольного, В. Франкл обозначил так: «Врач, который достаточно хорошо понимает тонкости ситуации, не может подходить к неизлечимо больному или умирающему без определенного ощущения стыда: ведь, будучи врачом, он оказался бессильным вырвать у смерти эту жертву; пациент же в данном случае — это человек, который мужественно противостоит судьбе, принимая ее в тихом страдании и совершая в этом метафизическом смысле настоящее достижение» (Франкл, 1999, с. 116).

М. Гейер (2001) описывает методы адаптирующей терапии, дифференцированно применяемые на различных стадиях адаптации пациента к хронической соматической болезни.

1. Стадия отрицания болезни содержит для врача искушение воспринимать защиту отрицанием у своего пациента как положительный результат терапии. Автор предупреждает: чем эмоционально более ярко окрашена эта стадия, тем больше разочарования, гнева и депрессии появится во 2 стадии адаптации. Терапевту следует постепенно ознакомить пациента с реальностью его заболевания, облегчить его приучение к терапевтическим нагрузкам, не отнимая надежды на полноценную жизнь. Основной задачей данного этапа терапии является изменение масштаба жизненных ценностей, в особенности в связи с вопросом: «Чем теперь я, больной, могу представлять ценность для себя и других?»

2. Стадия сменяющих друг друга агрессивных, депрессивно-покорных и депрессивно-ипохондрических реакций может проявляться в виде раздражения против родственников, персонала и терапии, в форме нарушений диеты и лечебного режима, саботажа лечения. Выражением протеста против болезни может стать и суицидальное поведение. Врачу следует разъяснить пациенту природу его агрессивных импульсов и дать почувствовать, что они не угрожают терапевтическим отношениям. Не следует потакать претензиям ипохондрических больных на чрезмерную заботу, так как это делает больного все более капризным, и в конце концов он становится «сущим наказанием». Пациенту надо научиться выделять свои эмоциональные потребности и удовлетворять их вне рамок лечения.

3. Стадия относительного признания болезни характеризуется способностью пациента до известной степени признавать возникшие в связи с болезнью ограничения и трудности, готовностью конструктивно использовать оставшиеся возможности, а также применять накопившийся опыт в обращении с болезнью. На этой стадии врач должен обсуждать с пациентом все мероприятия, гибко учитывая его индивидуальность. Следует помнить о неустойчивости баланса в терапевтических отношениях и на этой стадии, так что его необходимо укреплять вновь и вновь.

В. Бройтигам с соавт. (1999) перечисляет моменты, которые должен иметь в виду врач, который собирается говорить с больным об угрожающем жизни заболевании.

- Прежде чем рассказать больному о его болезни, врач сам должен быть хорошо осведомлен о ней: о ее первых проявлениях, о прежнем и нынешнем состоянии больного, о предыдущей и нынешней стратегии лечения и необходимых мероприятиях и прежде всего о ближайшем прогнозе.

- Что говорили больному до сих пор наблюдавшие и лечившие его врачи, в какой мере его информировали и в какой скрыли от него информацию о болезни.

- Что знает больной в действительности (например, от больных, родственников и т. д.) и каковы его представления о своей болезни и ее прогнозе?

- На каком этапе жизни развилась болезнь (анамнез, предшествовавшие жизненные неудачи и успехи), как больной справлялся прежде с тяжелыми ситуациями?

- Каковы нынешние отношения больного с окружающими людьми, с семьей, с коллегами по работе? Имеются ли у него еще близкие люди, которые проявляют к нему интерес? Насколько они его тяготят?

- Самая главная задача — определить, что больной действительно хочет знать на этой стадии своего заболевания о самом диагнозе и что он в состоянии перенести.

В.В. Ивашов (2000) формулирует требования к оглашению больному «неблагоприятного»

диагноза. Это должен делать лечащий врач наедине, в отдельном кабинете, желательно наполненном современным медицинским оборудованием. Тон врача должен быть хладнокровным, констатирующим. Следует назвать диагностические технологии, на основании которых делается заключение. Говорить следует о выявленных нарушениях функций организма, а не о болезни пациента, оставляя ему активную роль. Пугающие термины надо заменять на иные («миеломная болезнь» вместо «рак крови»), использовать формулировки «типа» или «по типу», оставляя больному спасительные соломинки. Если больной интересуется прогнозом, целесообразно отметить факторы, влияющие на процесс лечения, основным из которых является точное и своевременное выполнение рекомендаций врача. Беседу необходимо завершить твердо: «Из всего вышесказанного вытекает, что мы должны делать следующее: 1) ...; 2)...; 3)....» Местоимение «мы» дает возможность пациенту опереться на опыт и профессионализм врача. Однако личные отношения между больным и врачом в данных обстоятельствах авторы считают недопустимым. Предположение, что усилия врача могут зависеть от его личного расположения, рождает у больного сомнения. Непроницаемость личности врача создает возможность для его мистификации и создает эффект плацебо.

Целью психотерапии умирающего больного является сопровождение на его скорбном пути в соответствии с этапами, выделенными Кюблер-Росс. На стадии отрицания важно учитывать, что оно помогает больному справляться со страхом смерти. Однако эта защита эффективна только тогда, когда ею не пользуются окружающие, обнаруживая этим собственный страх смерти. У умирающего человека, которого пытаются убедить, что он выздоровеет, тревога лишь увеличивается. Так же неуместны попытки врача лишить больного спасительных иллюзий, высмеивая его оптимистические фантазии.

Пациенту надо помочь принять факт конечности жизни, пережить скорбь о предстоящей утрате мира людей, духовного богатства и накопленного имущества. После этого пациент в состоянии планировать оставшееся время, максимально его использовать, а также по договоренности с семьей предпринять активные действия в отношении того, что произойдет после его смерти. На стадии торга врач должен показать пациенту реальные возможности сотрудничества в процессе лечения, касающиеся преобразования жизненных условий и планирования последующего времени, но, с другой стороны, не должен связывать с этими действиями нереальные надежды на исцеление. Врачу следует четко обозначить меры помощи: облегчение боли, минимизация эмоционального и социального вреда, сохранение возможного контроля и мобильности.

В этот недолгий период жизни для больного как никогда актуализируются взаимоотношения с близкими, которым также приходится нелегко.

Важной задачей психотерапевта является организация группы взаимоподдержки. Одновременно необходимо обеспечить эмпатический подход в терапевтической бригаде, чему способствуют Балинтовские группы. Эти проблемы легче решать в специализированных учреждениях — хосписах. Больные организуются в группы взаимопомощи, занимаются творчеством, которое не только отвлекает от страха смерти, но и помогает переоценить основные жизненные ценности. Эффективны различные формы экзистенциальной терапии.

Р. Кочюнас (1999) выделяет следующие принципы психотерапии умирающего человека. К умирающему нельзя относиться как к уже умершему; он нуждается в поддержке. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его просьбы. Необходимо обеспечить умирающему участие в принятии решений о лечении, посетителях и т. п. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие. Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать собеседника. Речь умирающего становится символической, понять ее помогают жесты больного и его воспоминания. Сочувственное выслушивание помогает умирающему выразить сожаление о нанесенных им обидах, простить своих врагов, принять смерть как торжественный момент жизни, такой же важный и неотъемлемый от нее, как рождение.

Ф.Е. Василюк (1984) использует работу с автобиографией как метод переживания, которое объединяет разрозненную мозаику жизни в единую целостную картину. Застарелая, невысказанная обида, неотреагированный гнев, зажатое, не пережитое горе, утаиваемый проступок включаются в осознанный широкий контекст жизни и раскрываются в их связях и отношениях друг к другу, обретая новый смысл. В рассказе о неразрешенных трудностях хотя бы отчасти разряжается накопленное напряжение. Кроме того, жизнь, ставшая текстом, начинает подчиняться законам жанра: происходит разделение лирического героя и автора, эстетически преодолевается прагматическая жизненная обыденность, бывшее ужасным превращается в наполненную смыслом трагедию.

Н. Бусыгина (2001) обобщает опыт зарубежных авторов в использовании стратегий совладания в психотерапии тяжелобольных. Автор обращает внимание на конструктивную функцию примитивных мифов, связанных с отрицанием, которые играют роль противошоковой терапии и помогают человеку сохранить силы для адаптации к усложнившимся условиям жизни. Многие пациенты нуждаются в

сотрудничестве с врачом в поиске необходимой информации и использовании своих интеллектуальных ресурсов. Вовсе не на первое место автор ставит поиск утешения и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, медицинского персонала. Дело в том, что неумелые попытки оказать такую поддержку могут восприниматься больными как снисходительная жалость и фальшивый оптимизм. Принять случившееся больным помогает поиск его смысла в расширенном жизненном контексте. Так, можно говорить о болезни-угрозе, болезни-утрате, болезни-выигрыше, болезни-наказании. Находясь в душевном смятении, больные ждут от психотерапевта философского уровня понимания, простых и емких словесных формул.

©Больной при смерти. Врач хочет его утешить:

— Пульс у вас нормальный, сердце и легкие в порядке, температура упала...

— Очень рад, — шепчет больной, — значит, я умираю здоровым...

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

Гипертоническая болезнь. Повышенное артериальное давление чаще обнаруживается при случайном измерении. Больные чаще всего проявляют гипонозогнозические реакции, полагая, что даже при высоких цифрах АД серьезное лечение необязательно, если отсутствуют гипертонические кризы. С течением болезни у больных нарастает астения с органическим оттенком: ухудшается состояние при изменении погоды, появляются приступы раздражительности с непереносимостью шума и резких звуков, обидчивость, плаксивость, подавленность, тревожность, повышенная утомляемость, сонливость днем и бессонница ночью. Больные по пустякам ссорятся с домашними, конфликтуют на работе. В состоянии эмоционального напряжения у них развиваются истероформные вегетативные или дисфорические приступы. Возникающие на фоне тревожно-тоскливого настроения разнообразные мучительные ощущения в голове и различных частях тела ложатся в основу сенестопихондрического синдрома с нарастанием тревожной мнительности. Часто развивается сосудистая депрессия, при которой снижение настроения и двигательной активности сочетается с угрюмой раздражительностью и ворчливостью; возможно суицидное поведение.

Постепенно формируется психоорганический синдром: ухудшается память, понижаются сообразительность, творческие способности и работоспособность. Сужается круг интересов, больные с трудом переключаются с одного вида деятельности на другой, проявляют слабодушие, капризность, обидчивость и вспыльчивость. Появляются паранойяльные тенденции: больные приписывают окружающим предвзятое, недоброжелательное отношение к себе, усматривают злой умысел в поведении сослуживцев.

Заболевание чаще развивается в дисфункциональных семьях, в которых существуют строгие правила взаимоотношений между родителями и детьми, запрещено эмоциональное общение (например, принято не давать ответа на вопрос, не смотреть в глаза, отворачивать голову). У больных с детства культивируются способности к познанию, аккуратность, пунктуальность, послушание и бережливость. Контакты с людьми ограничиваются близкими родственниками. Большое значение придается соблюдению семейных традиций и моральных норм, особенно перед лицом общественного мнения. В детстве больные склонны к приступам гнева, затем из опасений потерять благосклонность других людей становятся настолько уступчивыми, что не могут за себя постоять, хотя и испытывают раздражение против других.

Личностный профиль больных включает следующие черты: перфекцио-низм, честолюбие, стремление к самоутверждению, интровертированность, эмоциональную лабильность и истероидность. Для них характерен хронический внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами и зависимостью от значимого другого. Сочетание этих черт приводит к повышенной готовности к психосоматическому реагированию, особенно при необходимости адаптироваться к смене жизненного стереотипа. Больные не отступают перед трудностями, непреодолимые препятствия вызывают у них лишь раздражение и готовность «биться до конца». Стремление к самоутверждению и излишнее чувство ответственности навязывают им роль «рабочей лошадки». Свой гнев за это они переносят с родительской фигуры на начальство, с которым устанавливаются сложные отношения. Сдерживание внешних проявлений агрессии замыкает порочный круг. Став начальником, они избегают приказывать подчиненным, сами выполняют работу за них, проклиная их в душе за «лень и безответственность». Даже если они недовольны работой и отношением к себе, они не меняют место работы. Указанные психологические проблемы могут быть усилены семейным окружением больного. Больные обычно умирают от инсульта или инфаркта.

Терапия. Применяют валосердин, винкапан, кавинтон, девинкан, дигидроэрготоксин, верошпирон, раунатин, клонидин, кристепин, сермион, триампур, диазепам. На время психотравмирующей ситуации назначают транквилизатор оксидин, ослабляющий тревогу и понижающий АД. В случае возникновения депрессии используют эглонил, обладающий седативным и антидепрессивным действием. При стойких астенических явлениях эффективны ноотропы: пирацетам, пантогам, аминалон. Желательно быстрее переходить на растительные успокаивающие препараты (пустырник, боярышник, сушеницу топяную) и «домашние» средства, которым больные доверяют: горячее молоко с медом, настой калины, листьев мяты, смородины и т. п.

Следует обратить внимание на образ жизни пациента. Важно приучить больного соблюдать режим сна и отдыха, регулярно контролировать АД и вес. Надо убедить его перейти на вегетарианское питание с ограничением жидкости, а также соленого и острого. На поздних стадиях болезни, когда постоянный прием гипотензивных средств становится жизненно необходимым, у больного могут возникнуть опасения по поводу побочного действия лекарств. Такие опасения чаще связаны с нежеланием чужого (химического) контроля, чем с ипохондрическими тенденциями. Справиться с ними помогает подход, при котором больной сам измеряет АД для того, чтобы контролировать действия препаратов и подбирать подходящие дозировки. Для улучшения саморегуляции сосудистого тонуса используется аппарат биологической обратной связи.

Полезно обучить пациента приемам аутотренинга, причем формулы самовнушения должны быть направлены не только на расслабления мышц и сосудов, но и на коррекцию системы отношений больного. Во время выполнения упражнения «Голова» в голове создается ощущение тепла; эффективность упражнения повышается при наложении руки на голову. После инсульта, осложненного гемипарезом, для восстановления движений в конечностях используется феномен идеомоторного акта, когда представление движения вызывает непроизвольное сокращение мышц. Эффективно также сосредоточение активного внимания на выполняемых пассивными или содружественными со здоровыми конечностями движениях.

Проводится ассертивный тренинг, который охватывает такие уровни агрессивности, как эмоциональный с переживаниями раздражения, недовольства, гнева; личностный уровень, содержащий внутриличностные конфликты, провоцирующие эти состояния; поведенческий уровень, включающий чрезмерный контроль и подавление агрессивных побуждений или их реализацию в социально неприемлемой форме. Используется также когнитивно-поведенческая терапия и телесно-ориентированный тренинг для коррекции алекситимии.

При внешней послушности больные часто скрывают свое несогласие с врачом, свое болезненное самолюбие и тенденцию к соперничеству. Они без видимых причин обрывают лечение, испытывая при этом чувство вины и страх наказания. Для контрпереноса психотерапевта важно, чтобы он чувствовал оппозиционный настрой пациента, не упрекал его за это и не чувствовал себя ущемленным, а вызывал пациента на открытый разговор о негативных чувствах. Следует изучить взаимоотношения в семье пациента, при чрезмерной его опеке близкими необходимо побудить пациента к самостоятельной деятельности в трудных ситуациях. При наличии семейных конфликтов проводится семейная терапия.

Хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС). Профиль личности называют коронарным или типом А. Американский кардиолог Г. Фридман (Friedman, Rosenman, 1974) описывает характерное поведение таких больных в беседе с врачом. Лицо такого больного напряжено, он смотрит враждебно, глаза бегают, часто мигают. Колени постоянно в движении, пальцы рук постукивают. Речь сопровождается заглыванием воздуха, облизыванием губ, киванием головой. При разговоре они спешат и перебивают речь собеседника. Ответы чаще крайние, категоричные: «всегда», «никогда». Жесты направлены для принуждения собеседника к подчинению в разговоре. В ссоре они или не дают сказать слова собеседнику, или пропускают его слова мимо ушей, т. е. не хотят вникнуть в суть мысли оппонента и снова повторяют свои тезисы. Думают не о том, что говорит партнер, а о том, что ему ответить. Жестикулируя, часто сжимают кулаки, используют ругательства, крикливо спорят и громко смеются.

Этот тип также называют контрфобическим, так как пациенты отрицают свое желание защиты и зависимости; не могут переносить межличностную близость, скрывают свои страхи — не менее сильные, чем у больных кардиофобией, преодолевают их с помощью трудоголизма, повышенной двигательной активности («Бегом от инфаркта!»). Обычно они становятся начальниками, так как честолюбивы, склонны к соперничеству, доминированию, стремятся контролировать все происходящее. Их отличает повышенная ответственность за порученное дело, перфекционизм, способность подолгу работать без отдыха, быстрый темп работы. Они целеустремленны, последовательны, сдерживают внешние проявления эмоций. В то же время такие люди нетерпеливы, переживают нехватку времени, не умеют и не желают отдыхать, предпочитая занятия спортом, из-за чего данный тип личности именуют еще и сизифовым.

Они ни с кем не делятся своими планами и проблемами, большое значение придают своим сексуальным победам. Наблюдается эмоциональный отрыв больного от семьи, который вначале проявляется в плохой информированности о жизни семьи, а затем — в переносе начальственного стиля отношений в семью. Они невнимательные и высокомерные супруги, властные и злые родители. За столом они едят быстрее всех, их лицо постоянно напряжено, они громко и выразительно говорят, энергично спорят, стремясь оставить последнее слово за собой. Обычно они переедают, много курят и злоупотребляют алкоголем.

В психодинамике болезни выделяют три стадии.

1-я стадия — гиперактивности, когда честолюбивый и трудолюбивый человек целеустремленно делает карьеру, при этом возникающие трудности вызывают у него нарциссическую обиду и лишь повышают его активность. Он проявляет нетерпение и раздражительность в общении с партнерами, которых рассматривает как неполноценных и мешающих его личному успеху. Он ведет себя эгоистично и агрессивно.

2-я стадия — гиперкомпенсации, развивается на фоне хронического перенапряжения, когда высокие результаты достигаются за счет сверхурочной работы и недосыпания. На этой стадии возникают приступы стенокардии, когда больной переживает свое бессилие из-за невозможности решить очередную проблему.

3-я стадия — крушения. Больной воспринимает серию неудач как свидетельство своей полной несостоятельности.

За фасадом гиперактивности и агрессии теперь скрывается смертельно усталый человек, раздавленный грузом переработанных эмоциональных проблем. Агрессия Суперэго, которую он всю жизнь направлял против других, теперь обращается против него самого.

Ишемия во время приступа стенокардии может привести к некрозу мышцы сердца — инфаркту миокарда. Предынфарктное состояние включает ощущения усталости, вялости, нарушение концентрации внимания, головокружение, расстройство сна, безотчетную тревогу. Нередко больные вытесняют эти ощущения, проявляют эйфорию с опасной в их состоянии двигательной активностью. В остром периоде нарастают боли, нарушается ритм сердца, кожа становится холодной и влажной, может быть одышка, тошнота и рвота, колики в животе. Возникает страх смерти, беспокойство, гнев, чувство безнадежности; возможно тревожно-тоскливое состояние с суицидальными тенденциями. Характерна гиперестезия: больных раздражает даже тихая речь, неяркий свет, легкое прикосновение мягкого белья.

В первый день после инфаркта больные испытывают страх, который на второй день может смениться анозогнозией. В последующие три недели наблюдается депрессия: больной томится, мимика и жесты заторможенные, оцепенелые. Интересы отсутствуют, характерно стремление к уединению. Наблюдаются астеноипохондрические и фобические проявления: больные жалуются на резкую слабость, повышенную утомляемость, боятся подниматься с постели, когда врач назначает активный режим, так как опасаются повторного инфаркта. Хотя больные пытаются скрывать свою тревогу, становится очевидным их «уход в болезнь» с преувеличенно пессимистической оценкой своего состояния. Нередко уже при удовлетворительном соматическом состоянии нарастает ипохондрическое развитие личности.

Терапия. При стенокардии применяют нитроглицерин, диазепам, грандаксин, нуредаль. При лечении инфаркта используют нитраты, гепарин, анальгин, амидопирин, новокаин, опиаты, диазепам, пипольфен, дроперидол. При депрессивных включениях применяют антидепрессанты. С больными проводятся групповые занятия, направленные на выработку мотивации к освобождению от пищевой, табачной и алкогольной зависимости, трудоголизма, аддикции к цейтноту и физическим нагрузкам.

Применяется гипнотерапия в индивидуальной и групповой форме (в диагностически однородной группе больных). Формулы внушения желательно строить в неимперативном стиле, в виде разъяснений, убеждений. При составлении формул внушения следует исключить ощущения, связанные с тяжестью и скованностью в теле, поскольку они могут приводить к усилению тревоги за работу сердца и появлению неприятных ощущений в груди. Более эффективны внушения ощущений тепла и легкости, свободы в груди. Мало-типнабельным больным с установкой на повышение способности к саморегуляции больше показана аутогенная тренировка в группе, где больные имеют возможность отреагировать свои негативные эмоции во время бесед на тему о применении навыков аутотренинга в текущей жизни. Это способствует снижению психовегетативного напряжения и переключает внимание больного на приятные ощущения и события. Занятия необходимо проводить не реже трех раз в неделю с рекомендацией регулярных самостоятельных занятий после обеда и перед сном; курс лечения рассчитан на один месяц.

Т.А. Языкова и В.П. Зайцев (1990) разработали когнитивно-поведенческую терапию,

направленную на коррекцию проявлений поведения типа А. Пациентов прежде всего учат распознавать, в каких ситуациях они ведут себя по типу А и какие установки приводят к такому поведению. Затем пациент обязуется произвольно уменьшить количество подобных реакций, избегая определенных ситуаций или изменяя их. Кроме того, пациенты учатся говорить тише, замедляют темп своей речи и ходьбы. В заключение пациенты проходят курс аутотренинга.

Фред Кернер (2002) предлагает простые способы расслабления плечевого пояса, который обычно напряжен у больных ХИБС. Проходя через двери, упирайтесь руками в противоположные стороны дверного проема и жмите на них, словно хотите раздвинуть. Садясь, глубоко вздыхайте и медленно выдыхайте. Выполняя обычные действия (говоря по телефону, открывая ящик стола, подписывая письмо), пожимайте плечами. Раз в полчаса откидывайтесь на спинку кресла и сильно потягивайтесь. Вставая, наклонитесь и дотянитесь до носков ботинок, расслабив при этом руки и плечи.

Э.Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис (1999) с целью укрепления семейных связей больного привлекают супругу пациента, вместе с которой находят способы повышения привлекательности семейной жизни для больного. Это может быть приобретение красивого платья, кокетство, основания для легкой ревности, дружба с женой начальника мужа, обнаружение собственной неуверенности в роли воспитателя, обращение к мужу с просьбой помочь и т. п.

©Сердце — очень хрупкая вещь: оно бьется.
Цаль Меламед

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бронхиальная астма — наиболее частое хроническое заболевание в детском и подростковом возрасте. В 90% случаев заболевание начинается в возрасте до 5 лет. Мальчики заболевают в 2-3 раза чаще девочек. К подростковому возрасту половина детей выздоравливает. Среди взрослых пик заболевания приходится на возраст 21-35 лет, болеют преимущественно женщины.

Приступ астмы включает спазм бронхов, судорожное сокращение диафрагмы, кашель, отек слизистой дыхательных путей и повышенную секрецию слизи. У больного особенно затруднен выдох, который становится громким, свистящим, длительным. Больной испытывает острую нехватку воздуха, он учащенно дышит, задыхается, «борется за воздух». В дыхании участвует вспомогательная мускулатура: живота, шеи, груди. В это время больной полностью поглощен своим дыханием, с ним трудно установить контакт. Наблюдаются цианоз кожных покровов, учащенное сердцебиение, боли в животе, перерастяжение грудной клетки. Приступ астмы может продолжаться в течение нескольких дней.

Приступы могут быть обусловлены стрессом, инфекцией дыхательных путей, аллергией.

Острый приступ часто провоцируется вдыханием холодного воздуха, табачного дыма, свежей краски или контактом с аллергеном. Перед приступом может быть кашель, насморк, приступообразное чихание на фоне раздражительности или вялости, расстройства внимания, навязчивости. Многие дети могут вызывать у себя приступ произвольно — через напряжение, изменение дыхания, неосознанно используя болезнь, чтобы избежать скучных занятий, получить больше внимания и т. д. Большинство детей, особенно девочки, вытесняют болезнь из сознания, связывая с этим словом другие расстройства. Они жалуются на плохое самочувствие, слабость, головную боль, температуру, и в последнюю очередь — нарушения дыхания. В их переживаниях большее место занимают не телесные симптомы, а реакция на болезнь: сниженное настроение, страх, раздражение, чувство неполноценности. Подростки переживают в основном потому, что из-за своей болезни не смогут получить интересную специальность.

Больные переживают сильную тревогу, связанную с зависимостью и разлукой. Они избегают как чрезмерной близости, так и излишней дистанции. Если этот баланс нарушается, у них возникает приступ астмы. Защитным поведением служит повышенная чувствительность, склонность к реакциям страха, недоверчивость, педантичное упрямство в сочетании с уступчивостью. Они живут с ощущением цейтнота, они пунктуальны, вечно спешат, чтобы всюду успеть. У многих отмечается повышенная чувствительность к запахам нечистот, а также к «грязным» поступкам окружающих и собственным «грязным» помыслам. Женщины часто страдают мизофобией, навязчивым стремлением к чистоте и фригидностью, мужчины — импотенцией.

Преморбидные личностные черты обычно включают необычную чувствительность, впечатлительность, тревожность, возбудимость, пугливость, обидчивость, эмоциональную изменчивость, склонность к развитию пониженного настроения. У детей, больных астмой, наблюдается эмоциональная неустойчивость и лабильность, истероидность с выраженными

эгоцентрическими чертами и сниженной способностью к ролевому взаимодействию при общении. Для них характерно демонстративное поведение, стремление завоевать внимание, незамедлительно получить желаемое, жажда иметь успех, переоценка собственной личности, впечатлительность и бурная эмоциональность. У подростков-астматиков отмечаются проблемы в конструктивном разрешении межличностных отношений, сдерживаемая неадекватная агрессия, инфантильное поведение, зависимость, повышенная требовательность, «прилипчивость».

При хронической астме у большинства больных заостряются истероид-ные черты. Под влиянием незначительных волнений, обид, изменений самочувствия, а иногда и без видимого повода у больных появляются ощущения комка в горле, общая дрожь, выраженный тремор конечностей. Нарастает ипохондричность и тревожность. Больные воспринимают усиление сердцебиения и учащение дыхания при физической нагрузке как признаки начинающегося приступа астмы. Отмечается фиксация на дыхательной функции, на своих ощущениях и переживаниях с пессимистической оценкой выздоровления, постоянным самоанализом болезненных ощущений и назойливыми жалобами. У некоторых больных появляется мысль, что они больны туберкулезом или раком. Нарастает тенденция к самоизоляции. При тяжелом течении заболевания появляются выраженные вегетативно-сосудистые и астенические проявления с колебаниями настроения от суицидальных мыслей на высоте приступа до эйфории после него.

Каждый третий больной вырастает в неполной семье, каждый четвертый — в семье алкоголиков. Во многих случаях заболевание начинается непосредственно после развода родителей. Родители обычно отличаются претенциозностью, подозрительностью, ревнивостью, оказываются несостоятельны как воспитатели. В раннем детстве мать обычно запрещала ребенку кричать, плакать и т. п. Он растет необычайно чувствительным, возбудимым, тревожным, пугливым, впечатлительным и обидчивым, склонным к пониженному настроению. Замечено, что матери больных бронхиальной астмой, негативно относящиеся к браку сына или дочери, стремятся вызвать у них по этому поводу чувство вины, что нередко провоцирует у их взрослых детей приступ астмы.

У астматиков заметна тенденция к невозвращению, удержанию, сохранению. Симптом бронхоспазма расценивается как символическое выражение личностного конфликта между потребностью пациента в нежности и страхом перед ней, а также противоречивости в решении проблемы «брать и давать». Астматическое свистящее дыхание рассматривается как сдавленная мольба о любви и защите, как сцена плача легких. Характерно, что приступ астмы в ряде случаев может заканчиваться рыданием. Враждебные чувства у больных не вербализуются, они «не выпускают свой гнев на воздух»; агрессия не проявляется в поведении и не вытесняется. Вместо этого она трансформируется в гетероагрессию и соматизируется, душит самого больного.

Терапия включает применение теофедрина, антастмана, астматина, солутана, либексина, перитола, беллоида, мелипрамина. Для предупреждения приступов используется систематическая десенситизация и другие методы поведенческой терапии. Гипносуггестивная терапия показана при отсутствии острого инфекционного процесса в дыхательных путях и отчетливом психогенном влиянии на происхождение заболевания и возникновение приступов. Проводятся тематические беседы, групповые занятия аутогенной тренировкой в группе «Дыхание» для устранения страха перед приступами, коммуникативный тренинг, направленный на ликвидацию алекситимии.

В методике символдрамы прорабатываются основные конфликты, характерные для больных бронхиальной астмой: близости/дистанцирования и зависимости/независимости. Используются воображаемые ситуации, связанные с переходом границ или их отсутствием (в виде бесконечных далей), подъема и спуска. Эти сцены отражают первый опыт контакта через кожу и слизистые оболочки, опосредующего взаимодействие с окружающим миром раньше, чем зрение и слух.

Применяется также семейная и конфликт-центрированная терапия, ориентированная на ближайшее окружение пациента. Групповая терапия устраняет социальную изоляцию больных и обогащает их репертуар навыков совладания с трудностями. К. Льюис с соавт., например, разработал программу для детей, включающую пять занятий:

1. Что такое астма и как она действует на мое тело.
2. Почему у меня астма и что она вносит в мою жизнь.
3. Что и когда надо делать.
4. Как принимать решения.
5. Как примирить желания и необходимость.

©Молодая студенческая пара выходит с очередной лекции. Муж задумчиво говорит:
«Знаешь, дорогая, оказывается, то, что мы с тобой считали оргазмом, на самом деле — бронхиальная астма».

Туберкулез легких развивается лишь у 5-10% инфицированных туберкулезной палочкой, выявлена наследственная предрасположенность. Заболеваемость туберкулезом в России составляет 92,1 на 100 тыс. населения (в США-5,8).

У больных наблюдается хронический субфебрилитет, потливость, кашель с кровавой мокротой, одышка, в легких появляются полости — каверны, нарастает похудание, слабость. Больные отличаются эмоциональной лабильностью, повышенной возбудимостью, они ипохондричны, раздражительны, чувствительны, эгоцентричны, эротичны, двигательно оживлены. Под влиянием длительной изоляции в медицинском учреждении, отрыва от семьи и привычного быта, нарушения работоспособности у больных появляются опасения инфицирования близких, нарушения сна и аппетита, головокружения и головные боли, повышенная утомляемость. Настроение может быть подавленным, тоскливым с обилием мрачных мыслей, или беспечным, с недооценкой тяжести своего состояния. В этих условиях особое значение приобретает борьба с курением, употреблением алкоголя и наркотических веществ (кодеина, дионина и др.), которые утяжеляют течение болезни.

Болезнь начинается под влиянием постоянного изнуряющего напряжения, например, когда надолго затягивается выбор профессии или супружеского партнера, как у Чехова и Кафки, или социальной позиции, как у Горького. Болезнь представляет собой эквивалент жизненно важного решения. Когда ситуация разрешается извне, болезнь становится ненужной, наступает выздоровление. Оно может наступить в теплом гнездышке туберкулезного санатория, но возвращение больного в сложную для него жизнь приводит к рецидиву. В личности больных наблюдается лабильность самооценки и повышенная ранимость к утрате любви. При этом одни проявляют необычайную потребность в симпатии (М. Горький), другие настолько боятся пассивной зависимости, что любой ценой избегают ее (Чехов и Кафка).

Франц Кафка в известном «Письме к отцу» пришел к заключению, что у него «под влиянием нечеловеческого напряжения вследствие желания жениться кровь хлынула из горла». Он имел в виду свой туберкулез, который начался с кровотечения и через 7 лет привел его к смерти. Кафка пишет невесте: «Два человека, что борются во мне или, вернее, из чьей борьбы я весь, вплоть до последней частички моего существа, состою, — это добрый и злой. Втайне я считаю, что моя болезнь вовсе не туберкулез, а общее мое банкротство. Кровь исходит не из легких, а из раны, нанесенной обычным или решающим ударом одного из борцов». В своем «напряженном желании жениться» Кафка много раз терпел неудачу, и причиной этого были, несомненно, его потребность в симбиотических отношениях и одновременно страх перед ними. «Самое важное, не зависящее от частных затруднений заключалось в том, что я вообще духовно не способен жениться. Это проявляется в том, что с того момента, как я решил жениться, я не могу больше спать, голова у меня гудит день и ночь, у меня нет больше жизни, я мечусь в отчаянии. Это не то чтобы заботы, которые меня осаждают, заставляя бегать, невзирая на мою флегматичность и педантизм, хотя это приканчивает меня, как черви заканчивают работу могильщика, но я решительно охвачен иным — всеобъемлющим страхом, слабостью, неуважением к себе».

Терапия. Назначают изониазид, рифампицин, стрептомицин, канамицин, пипразинамид, этионамид, этамбутол, циклосерин, флоримидин, ПАСК. Применяют хирургические методы: вдувание, френектомию, торакопластику.

Лечение занимает несколько месяцев и проводится в туберкулезных диспансерах, больницах и санаториях.

Многочисленные наблюдения показывают, что каверны в легких закрываются лишь тогда, когда затягиваются эмоциональные раны. Важное значение имеет изоляция больного от травмирующей ситуации, помещение его в условия щадящей и поддерживающей среды, длительный доверительный контакт с лечащим врачом. Необходимо глубоко вникать в личные и внутри-больничные конфликты больного, учитывать особенности его личности, жизненные интересы и насущные заботы.

А.Л. Гройсман (2002) разработал программу психотерапии больных туберкулезом, которая включает следующие меры:

- коррекция пессимистического отношения к болезни или игнорирования ее тяжести;
- коррекция неверия в выздоровление, в действенность лекарственной терапии;
- примирение с необходимостью длительного пребывания в стационаре и соблюдения лечебного режима;
- налаживание сна, аппетита, борьба с курением и алкоголизацией;
- устранение условно-рефлекторно зафиксированных реакций и симптомов: удушья, побочного действия лекарств, подъема температуры, бессонницы и т. п.;
- создание психотерапевтической атмосферы для противодействия отрицательному влиянию некоторых больных.

Больные обучаются в группе мышечной релаксации, которую применяют для улучшения сна,

профилактики возможных психогенных подъемов температуры, устранения побочных эффектов лекарств и усиления их лечебного воздействия с помощью самовнушения. Поскольку у некоторых больных с закрытой формой туберкулеза возникает страх перед суперинфекцией по отношению к бацилловыделителям, из них формируют отдельные группы.

Проводятся групповые беседы на темы: «Туберкулез легких и нервная система», «Наш метод лечения», «Невротические наслоения у больных туберкулезом», «Отношение к болезни», «Приемы противодействия невротическим проявлениям болезни», «Самовнушение, самовоздействие и мышечное расслабление», «Роль личности в преодолении невротического состояния», «Лечебная физкультура при туберкулезе», «Диететика больных туберкулезом легких», «Значение климата при легочном туберкулезе», «Алкоголизм и туберкулез». Содержание бесед закрепляется с помощью последующего сеанса гипноза.

Во время сеанса и в час послеобеденного отдыха используется музыка: «Грустный вальс» Я. Сибелиуса, «Ноктюрн» и «Баллады» Ф. Шопена, «Сюита для струнного оркестра» П.И. Чайковского, камерные произведения Д.Д. Шостаковича, отрывки из Неоконченной симфонии Ф. Шуберта и 4-й Симфонии Р. Шумана, «Лунный свет» К. Дебюсси. Перед окончанием гипнотического сеанса звучат некоторые этюды А.И. Скрябина, Ф. Шопена, «Танец Анитры» Э. Грига, отрывки из сюит: Д.Б. Кабалевского «Комедианты», А.И. Хачатуряна «Валенсианская вдова», С.С. Прокофьева «Зимний костер». Больных привлекают к участию в художественной самодеятельности, играх и других культурно-массовых мероприятиях.

©Больной санатория жалуется врачу, что ему трудно дышать.

— Трудно дышать? — удивляется врач, — но у нас же уникальный по чистоте воздух.
— В том-то и дело. Я привык видеть, что дышаю...

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Предменструальное дисфорическое расстройство включает ухудшение самочувствия и настроения перед или во время менструаций, выраженное настолько, что мешает обычным занятиям. Симптомы препятствуют профессиональной деятельности, обучению, привычной социальной активности, нарушают межличностные отношения. Степень выраженности синдрома во многом зависит от способности женщины переносить неприятные ощущения, тревоги по поводу их появления, количества стрессов в ее жизни.

Диагноз предменструального дисфорического расстройства ставится, если в течение последнего года в большинстве менструальных циклов наблюдается пять или более из перечисленных ниже симптомов. При этом по крайней мере один из симптомов соответствует первым четырем из перечисленных ниже.

1. Печаль, безнадежность, самоосуждение.
2. Напряжение, тревога с ощущением внутреннего напряжения.
3. Выраженная лабильность настроения с перемежающимися приступами слезливости.
4. Постоянная раздражительность, гневливость, конфликтность.
5. Снижение интереса к привычным видам деятельности.
6. Трудности концентрации внимания.
7. Усталость, недостаток энергии, утомляемость.
8. Изменение аппетита с перееданием или потребностью в специфической (иногда несъедобной) пище.
9. Сонливость или бессонница.
10. Соматические симптомы: напряженность или боли в молочных железах; чувство разбухания тела или прибавки массы тела (с ощущением, что одежда и обувь давят, слишком плотно прилегают к телу); головные, суставные и мышечные боли.

Несмотря на периодичность расстройства и его связь с менструальным циклом, оно чаще расценивается как неправильное поведение и соотносится с супружескими ссорами или проблемами на работе. Расстройство может включать истерические и конверсионные симптомы. Во время беременности у этих женщин нередко наблюдаются тревожные опасения за жизнь желанного ребенка и ипохондрические фобии. После родов у них бывает апатия, мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, к ребенку, навязчивый страх ударить ребенка ножом, бросить с балкона, суицидальные мысли.

В психодинамике расстройства определенное значение имеет страх утраты, который так же, как

при запоре, приводит к состоянию напряженности и регрессивному замыканию в себе. Во время месячных появляются переживания утраты, сожаление о несостоявшейся беременности, о ранее сделанных абортах. Менструация отождествляется с нечистотами, гениталии воспринимаются как грязные, а личность — обесцененной.

Лечение. Применяют анальгетики, спазмолитики, седативные средства, иглотерапию. Назначают апронокс, бисекурин, гестагены, гонадотропины, но-шпу, овидон, ригевидон, рифатируин. Основным методом психотерапии является индивидуальная рациональная терапия, учитывающая специфический характер симптомов. Дополнительно проводятся образовательные дискуссии в малой группе и семейная терапия.

Беременность может выявить неполноценность нейроэндокринной системы с декомпенсацией имевшейся психопатии. Течение беременности может осложниться суицидоопасной реактивной депрессией, при психопатическом преморбиде приобретающей затяжной характер. Женщина в это время нуждается в материнском тепле и далеко не всегда может получить его от мужа, который в лучшем случае проявляет отеческую заботу о беременной жене, тем более что она теряет свою сексуальную привлекательность. Большинство женщин во время беременности склонны уходить от конфликтов с партнером и подавлять негативные чувства, связанные с неудобствами своего состояния. Эти вытесненные конфликты и подавленные негативные переживания могут проявиться впоследствии в виде психосоматических симптомов.

«Родильная грусть» проявляется обычно в виде эмоциональной лабильности, слезливости, раздражительности, расстройств сна, утомляемости, иногда — легкой спутанности. Является транзиторным состоянием, которое проходит через 2-3 недели. Развивается у 50-80% молодых матерей в первую неделю после родов и отличается от послеродовой депрессии. Последняя характеризуется более тяжелой симптоматикой и тем, что она сохраняется в течение первого месяца после родов. Послеродовой психоз возникает при наличии в анамнезе гиперсексуальности (в том числе навязчивой мастурбации) или фригидности, враждебных чувств к мужу, неудовлетворенности работой и бытовыми условиями. Содержанием психоза могут стать враждебность к мужу и ребенку, депрессивные переживания, тревога, навязчивые опасения за ребенка.

Самопроизвольным выкидышем заканчивается почти каждая пятая беременность, обычно на ранних сроках. При этом теряются аппетит и сон, снижается общая активность, женщину преследуют мысли об умершем ребенке, повторяющиеся сновидения. Наблюдаются переживания скорби, враждебности к медперсоналу, зависти к матерям и беременным женщинам, чувство вины и страх смерти, самоупреки и суицидальные мысли. Возникает напряженность в партнерских отношениях, появляется пренебрежение к имеющимся детям или, наоборот, чрезмерная заботливость и тревога за них. Привычные выкидыши создают порочный круг страха, депрессии с суицидальными тенденциями и психосоматическими дисфункциями, которые способствуют новому выкидышу вследствие нейроэндокринных влияний и усиленного сокращения матки.

Фрейд задавался вопросом: «Как много матерей, нежно любящих своих детей, даже, может, чересчур нежно, неохотно зачали их и хотели иногда, чтобы живое существо внутри них не развивалось бы дальше?» Невротичные женщины, не переработавшие свой эдипальный конфликт, испытывают бессознательное чувство вины, которое заставляет их подчиняться садистическому партнеру или проявляется в виде самонаказания — в том числе аборт. Опустошение матки может символизировать устранение матери, отказ от опасных претензий сравняться с ней в способности к деторождению, самоубийство заменяется умерщвлением плода как объекта идентификации.

Медицинский аборт нередко приводит к бесплодию, особенно если он психически не переработан. Такая ситуация складывается чаще тогда, когда партнер не причастен к аборту и не несет за него ответственности и женщина вынуждена сделать все сама. При этом наблюдаются длительные резкие колебания настроения, появление сверхценных идей с аменорейными фазами, которые могут привести к ложной беременности.

Климактерические неврозоподобные состояния наблюдаются в различных вариантах.

Астеновегетативный синдром: повышенная утомляемость, «приливы», потливость, зябкость, ознобы, обмороки, головная боль, стеснение в груди, снижение или повышение аппетита и его извращения с тягой к соленому и кислому, колебания либидо и артериального давления, тревожный сон.

Эмоциональные расстройства: эмоциональная лабильность, субдепрессия, немотивированные колебания настроения от тревоги, уныния, чувства опустошенности, безысходности, раздражительности до сентиментальности, неумеренной веселости, экзальтации с невозможностью сосредоточиться.

Сенесто-ипохондрические нарушения: разнообразные неприятные ощущения, иногда нестерпимый зуд половых органов, опасения за здоровье, которые могут приобретать навязчивый

характер.

Истероподобные расстройства: спазмы в горле, внутренняя дрожь, «ватность» конечностей, затруднения в речи при волнении; обидчивость, капризность, приступы рыданий, демонстративность.

Приливы связывают с повышением активности симпатической нервной системы в результате гормональной перестройки. Прилив происходит синхронно с волной секреции лютеинизирующего гормона из гипофиза. Провоцировать прилив может эмоциональное переживание. Преклимакс больше сопровождается психическими нарушениями, менопауза — вегетативными. Особенности и выраженность расстройств обычно аналогичны тем, которые наблюдались у женщины во время предменструального синдрома. Часто присоединяются тревожно-пессимистические переживания по поводу начавшегося увядания, неблагоприятных изменений внешности, снижения сексуальной привлекательности. Особенно большое значение имеют эти факторы для женщин, у которых внимание мужчин было ведущим в системе ценностей. У некоторых из них развиваются выраженные депрессивно-ипохондрические реакции с суицидальными тенденциями. Иногда климактерический невроз является предстadium инволюционной меланхолии.

Лечение. Применяют зверобой, боярышник, пустырник, валериану, новопассит, ноотропы, беллоид, беллатаминал, белласпон, амбосекс, гран-даксин, седуксен, элениум, оксазепам, реладорм, финлепсин, лудиомил, сонапакс, френолон, этаперазин, хлорпротиксен. При мужском климаксе дополнительно назначают метилтестостерон, тестобромлецит, тестостерона пропионат, тетрастерон.

А.Л. Гройсман (2002) выделяет следующие задачи психотерапии. Изменение неверных взглядов на обязательную тяжесть протекания климакса. Преодоление угнетающих мыслей о приближающейся старости. Снятие неврастенических симптомов, в частности, бессонницы, слабости, раздражительности. Отвлечение от болезненных переживаний, свойственных самому климаксу и его осложнениям. Разъяснение образа жизни, режима питания, психопрофилактических, гигиенических и психофизических мероприятий в борьбе с климактерическими проявлениями.

Автор разработал программу групповой психотерапии с применением аутотренинга, психотерапевтических бесед, гипносуггестии, а также психотерапевтического потенцирования некоторых физических и гигиенических факторов воздействия. Курс лечения рассчитан на 2,5-3 месяца, темы бесед:

«Климакс не болезнь, а естественное состояние здорового организма», «Образ жизни женщины, страдающей климаксом», «Отношение к своему здоровью», «Невротические состояния в климактерическом периоде», «Водные процедуры», «Диететика при климаксе» и др. Первый этап терапии направлен на успокоение, второй носит активизирующий характер. Это достигается переходом от гипносуггестии к самовнушению в процессе аутотренинга, занятиями лечебной физкультурой.

Лисбет Брюдаль (1998) описывает опыт применения трансперсональной психотерапии при кризисе, связанном с беременностью, родами и послеродовым периодом. Автор выделяет такие терапевтические приемы, как присутствие, визуализация, амплификация и изменение ценностей. Присутствие подразумевает эмпатическое слушание, в результате которого пациентка оказывается способной услышать себя со стороны и испытать инсайт. Визуализация достигается концентрацией внимания на внутренних зрительных образах при закрытых глазах в состоянии расслабления. Она бывает необходима для отреагирования эмоций, когда пациент не в силах передать свои переживания словами. Для интеграции в сознание визуализированных фантазий, символическое значение которых непонятно пациенту, может потребоваться амплификация (разъяснение). При этом пациент получает возможность ощутить себя частью общечеловеческой культуры. В завершающей фазе терапии акцент делается на осознании изменений в системе ценностей, которые произошли под влиянием кризисных переживаний.

РАК И СПИД

Рак поражает каждого третьего человека, смертельно — каждого пятого. У детей смертность от рака, особенно от лейкоза и опухолей мозга, стоит на втором месте после несчастных случаев. В организме постоянно происходит процесс деления клеток — слизистая пищеварительного тракта, например, обновляется каждые 36 часов. Незначительная часть новых клеток аномальны, они являются потенциально раковыми, уничтожаются иммунной системой организма. Стресс и подавленные негативные эмоции ослабляют иммунитет, и у людей, имеющих предрасположенность к раку, он развивается.

Каждый третий раковый больной страдает депрессией. В преморбидной личности больных преобладают депрессивные черты со склонностью легко впасть в состояние беспомощности и безнадежности в ситуации фрустрации. Пациенты не способны проявлять тревогу, звать на помощь и

изливать свой гнев. В силу орально-мазохистской фиксации они предпочитают быть подавляемыми. Эти люди обычно относятся к числу трудолюбивых, максималистов и стойких.

Рак чаще развивается у члена семьи доминантного типа в тупиковой для него ситуации, когда центр семейного несчастья перемещается на болезнь и тем самым сохраняется смысл функционирования семьи. У женщин часто возникает рак груди и шейки матки, развитие которых связывают со смертью близких и другими потерями, реакциями безнадежности и полного отказа от своих интересов. В преморбиде у этих женщин чаще отмечались трудности в связи с утратой объекта и обусловленные этим страхи.

Вслед за постановкой диагноза больные переживают шок. Больной или заранее оплакивает себя или прибегает к спасительной анозогнозии. После операции в течение 2-3 лет преобладает защитное отрицание в виде установки: «Живи одним днем!» Характерна эмоциональная изоляция, больные не обсуждают с партнером факт своего заболевания. Оно течет благоприятнее, если больной может проявлять свои агрессивные тенденции вообще и против врачей в частности.

Ирвинг Ялом отмечает у больных раком в терминальной стадии личностный рост, который проявляется в уменьшении значения жизненных тривиальностей, чувстве освобождения от всего бренного, обостренном переживании жизни в настоящем, более глубоком контакте с близкими. Это позволяет автору сформулировать идею: «Вещественность смерти разрушает человека, идея смерти спасает его».

Психотерапия. Анн Шутценбергер (1997) вместе с пациентом, направленным в онкологическую клинику, разыгрывает поступление в больницу, сеансы лучевой и химиотерапии, операцию, восстановительный период, выписку из больницы, поездку по магазинам в поисках новой одежды, которая будет хорошо сидеть и в то же время поможет скрыть отсутствие ампутированной конечности или груди. Если в результате операции пациенту предстоит лишиться определенной части тела, ему дают возможность попрощаться с ней, поблагодарить ее и оплакать, а затем представить себя бодрым и здоровым, в хорошей форме, с излеченным телом. Таким образом активизируется процесс переживания горя, расставания и подготовки к будущему — к новым ролям и новым способам обращения с собственным телом.

Психотерапевт просит пациента определить наиболее стрессовые обстоятельства его жизни, обучает его техникам релаксации и визуализации процессов в организме, физическим и мысленным упражнениям, которые ослабляют стресс и улучшают настроение. Ее пациенты психодраматически разыгрывают свои визуализации и рисунки, а также страхи предстоящего лечения, операций, боли, потери части тела. При этом свои лейкоциты больной должен представить сильными, подвижными, агрессивными, а раковые клетки — немощными и побежденными. Больному предлагают психодраматически разыграть три возможных исхода хирургического вмешательства: смерть на операционном столе, осложнения после операции, успешная операция с безболезненным послеоперационным периодом. Если он выбирает первый вариант, в психодраме отыгрывается смерть пациента, горе всей семьи и похороны. После этого больной обычно переходит к варианту с выздоровлением.

Пациенты составляют совместно с психотерапевтом список реалистичных целей, дающих жизненный смысл, для того, чтобы усилить желание жить в противовес тревожному ожиданию смерти. При этом человек жертвует магической защитой упования на искусство врача ради обретения более активной роли в лечебном процессе. Такая позиция возвращает чувство влияния на качество собственной жизни, а возможно, и на ход самой болезни.

©Когда хирург сказал больному, что надо мужаться, больной стал материться.

СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который поражает, в частности Т-лимфоциты — помощники (хелперы). Размножаясь, зараженные лимфоциты внедряют вирус во всю иммунную систему. Длительность инкубационного периода от момента заражения до развития СПИДа колеблется от нескольких недель до нескольких лет. Большинство заболевших не умирает непосредственно от СПИДа, а становится беззащитной жертвой других инфекций. Частота самоубийств среди больных в десятки раз превышает средний уровень и в некоторых штатах США достигает до 700 завершенных самоубийств на 100 тыс. населения.

За разнообразие психических расстройств СПИД заслужил название психиатрической энциклопедии. Уже на ранних этапах развивается снижение когнитивных способностей в связи с органическим поражением головного мозга вирусом. Человеку требуется больше времени, чтобы обдумать или запомнить что-то, он быстро устает. Такие явления ухудшают психологическое состояние больного, негативные эмоции ослабляют иммунитет, формируется порочный круг. У

многих больных возникает тревожно-тоскливая депрессия с суицидальными попытками, навязчивым страхом смерти, дисфориями. Наблюдаются эпизоды тревожной ажитации, паники, а также чувства безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. Затем в течение нескольких недель или месяцев у больных нарастает слабодушие, учащаются периоды помрачения сознания, появляются судорожные припадки, недержание мочи и кала, наступает кома и смерть.

Часто заболевший СПИДом оказывается в изоляции из-за страха заражения. Больной из-за этого может долго скрывать диагноз от членов семьи, а когда тайна раскрывается и близкие люди начинают держаться на расстоянии от него, может проявлять агрессию к ним — в частности, намеренно пытаться их заразить. Как было описано в разделе «Реакция горя», в ряде случаев близкие переживают предвосхищающую реакцию горя, вызывая у больного ощущение заживо погребенного. Он может реагировать на это саморазрушением: алкоголизироваться и наркотизироваться, травмироваться, пуститься в авантюры, уйти из дома в криминальную среду.

Психотерапия. 10. Власова и А. Щербаков (2001) описывают программу помощи больным СПИДом, близкие которых переживают преждевременный траур. Авторы рекомендуют временное отделение больного от семьи, с которой проводится семейная терапия. Параллельно с больным решаются следующие задачи:

- 1) осознание и принятие ситуации;
- 2) осознание собственных тягостных чувств (обида, гнева, страха), возникших в качестве ответной реакции на соответствующее поведение близких;
- 3) делегирование ответственности родным, переживающим преждевременный траур; в результате несколько снижается собственное чувство вины и создаются предпосылки, необходимые для перехода на следующий этап, когда у пациентов зарождаются чувства жалости и сострадания к родным, оказавшимся неспособными к зрелой оценке реальности;
- 4) прощение родных.

Далее больного включают в группу, где психодраматически разыгрываются мифы, сказки, метафоры, песни, материал творчества самих больных. Типичные сюжеты игры — возвращение в жизнь того, кого считали умершим, оживление, снятие колдовских чар («Кладбище домашних животных» С. Кинга, «Спящая царевна», «Больница» М. Зощенко, «Карлик Нос» Гауфа и т. д.).

Возрастные аспекты суицидологии

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

Если б молодость знала, если б старость могла!

Анри Этьен Если бы молодость знала, она бы и в старости могла.

Данил Рудый

Ежедневно более 1000 молодых людей пытаются совершить суицид. Самоубийство является второй по частоте причиной смерти в молодости, а если учесть самоубийства, замаскированные под другие виды насильственной смерти, то, возможно, и первой. За последние 30 лет суициды детей от 5 до 14 лет возросли в 8 раз. Только за 90-е годы число детей и подростков с тревожными расстройствами в нашей стране выросло в 5 раз; частота суицидов подростков в эти годы возросла в 3 раза. В 1996 г. покончили с собой 2000 российских подростков. Ожидается, что в последующие десять лет число суицидов у подростков 10-14 лет будет расти быстрее всего.

Максимум суицидных попыток приходится на возраст 16-24 года; в большой степени это связано с социальной незащищенностью молодежи. С 1960 по 2000 г. частота суицидов среди подростков и молодых людей в возрасте 15-22 лет увеличилась на 265% (Э. Гроллман, 2001). Т.К. Горохова (1996) отмечает, что рост безработицы на протяжении трех лет на 1% и ее сохранение в течение шести лет приводит к росту числа самоубийств на 4,1%. По данным СВ. Зиновьева (2002), из-за неразрешимых социальных проблем каждый год кончают жизнь самоубийством 15% выпускников детских домов Санкт-Петербурга.

Показатель самоубийств в российской армии с 1990 г. составил 200 человек на 100 тыс. солдат и офицеров. В украинской армии по данным 1993—1994 гг. уровень самоубийств превышал их частоту среди населения в 15 раз. В армиях различных стран СНГ гибель от самоубийств составляет до 50% всех смертей в мирное время.

А.Н. Моховиков (2001) выделяет следующие мотивы суицидов военнослужащих. Утрата привычных систем поддержки личности и жизнеобеспечения. Потеря чувства общности со значимым окружением. Утрата надежд на положительные изменения в ближайшем будущем. Страх потерять здоровье или жизнь. Состояние подавленности в случае неуставных отношений. Коллективная травма,

«негативная общность» с находящимися в аналогичных условиях сослуживцами, что может привести к посттравматическому стрессовому расстройству. Участие в военных действиях. Переживание утрат. Подражательные самоповреждения вследствие заразительности аутоагрессивного поведения.

Е. Homburger (1926) описал пубертатный криз, включающий перепады настроения без достаточных причин и другие попеременные полярные проявления: повышенная ранимость и бравлада, застенчивость и развязность, сентиментальность и черствость, жажда признания и подчеркнутая независимость, антиавторитарность и обожание случайных кумиров, чувственное фантазирование и сухое мудрствование. Пубертатный криз включает кризис идентичности, с которым связывают эпизоды деперсонализации-дереализации, склонность к психогенным депрессиям и суицидальное поведение.

Эрик Эриксон (1996) отмечает, что во время подросткового кризиса индивид глубоко вовлечен в процесс интеграции эгоидентичности. Идентификация по Эриксону включает преемственность с индивидуальным прошлым, чувство постоянства, а также целостное ощущение Я, включающее цели, задачи и стиль жизни наряду с сексуальной идентификацией. Диффузия идентичности, которая до определенной степени наблюдается у всех подростков, особенно выражена у подростков с психологическими проблемами; она характеризуется чувством неуверенности, незащищенности и бесцельности.

На пути к достижению идентичности подросток проходит ряд этапов: регрессию к инфантильному уровню со стремлением отсрочить обретение взрослого статуса; смутное, но устойчивое состояние тревоги, связанное с социальной незрелостью; чувство изоляции и опустошенности из-за страха утратить собственную идентичность в интимно-личностных отношениях; ожидание чуда, которое может внезапно изменить жизнь; страх перед общением, особенно с противоположным полом; враждебность и презрение к существующим общественным ролям; презрение к отечественному и переоценка всего иностранного; стремление стать «ничем» в качестве единственного способа самоутверждения.

Подросток, не знающий, что он из себя представляет, начинает принимать алкоголь и наркотики из стремления к самопознанию, с целью нащупать внешние границы своего Я, ускользающие от него, когда он послушно функционирует в трезвом упорядоченном мире. Употребление ПАВ помогает также юношам и девушкам временно «выходить из себя», ослабляя кризис идентичности с его болезненными конфликтами с родителями и сверстниками и мучительными колебаниями в выборе профессии. Участие в группе наркоманов облегчает обретение статуса, который зависит здесь не столько от личных качеств, сколько от возможностей добывания наркотика, предоставления места для сбора компании и т. п.

В.Л. Хайкин (1989) выделяет три типа суицидальной predisпозиции у подростков:

- 1) predisпозиция эмоционального отвержения; преобладает у подростков 12-16 лет;
- 2) predisпозиция избегания с самоустраниением, где используются инфантильные способы психологической защиты; преобладает у подростков 14-18 лет;
- 3) агрессивно-оппозиционная predisпозиция чаще наблюдается у подростков 14-16 лет.

Е. М. Вроно и Н.А. Ратинова (1989) подчеркивают, что психически здоровые подростки, совершая манипулятивные демонстративные суициды, часто наносят реальный вред своему здоровью из-за неадекватного прогнозирования медицинских последствий в связи с собственной некомпетентностью. Специфическим подростковым типом суицидального поведения является суицид с мотивацией самоустраниения, для которого характерно отсутствие или крайняя непродолжительность и нестойкость стремления к смерти. Чем меньше возраст подростков, тем ярче обнаруживается преобладание агрессивной направленности поведения над аутоагрессивной, особенно при демонстративно-шантажных суицидных попытках. Аутоагрессивные мотивы в максимальной мере проявляются у подростков среднего пубертатного возраста в суицидах с мотивацией самоустраниения. Подростки из неблагополучных семей обнаруживают лучшую защиту от кризисов, так как имеют непротиворечивую и стабильную систему социальных установок. Внешне благополучная семья, маскирующая разнообразные сложности своего функционирования, создает условия для возникновения неустойчивой самооценки и низкого самопринятия у ребенка и часто не способна обеспечить ему истинной поддержки в конфликтной ситуации.

Е. Вроно (2001) отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «Н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья и непереносимость тоски и одиночества. Отчаявшийся подросток вынужден бороться с тремя «Б»: беспомощностью, бессилием и безнадежностью. В процессе этой борьбы он может прийти к выводу о том, что ни на что не годен, и вынести себе смертельный приговор. У 75% подростков суицидальное поведение связано с употреблением алкоголя и наркотиков, в том числе их родителями. К суициду могут привести как насмешки и постоянное чувство неполноценности у подростков с плохой успеваемостью, так и неожиданная неудача у

одаренного подростка, привыкшего к восхищению и не способного пережить чувство обиды, стыда и вины за то, что подвел родителей. Многим отличникам свойственна привычка относиться к своим решениям как к единственно правильным и неукоснительно исполнять их. При переживании поражения эта особенность характера часто подталкивает одаренных подростков к отчаянному шагу.

А.Е. Личко (1999) к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относит следующие: потерю любимого человека, состояние переутомления, уязвленное чувство собственного достоинства, разрушение защитных механизмов личности вследствие употребления ПАВ, подражание человеку, совершившему самоубийство. Специфическими причинами суицидального поведения подростков могут быть также чувство протеста и мести, страх наказания и позора, стремление вызвать сочувствие, переезд семьи на новое место жительства, неразделенная любовь и ревность, нежелательная беременность.

По утверждению автора, «суицидальное поведение у подростков — это в основном проблема пограничной психиатрии, то есть области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера». По его наблюдениям, лишь 5% завершенных и незавершенных суицидных попыток падает на психозы, в то время как на психопатии — 20-30%, а все остальные — на подростковые кризы.

А.Е. Личко указывает на определенную связь суицидального поведения подростка с типом акцентуации характера. По данным автора, при демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типа, 32% — эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типа, и лишь 18% — представителями всех других типов. При аффективном суицидальном поведении 37% подростков относятся к лабильному и лабильно-истероидному типу, 23% — к другим вариантам истероидного типа, по 18% приходится на сенситивный и конформно-неустойчивый тип, и лишь 4% — на эпилептоидный. Истинные покушения совершаются в основном представителями сенситивного (63%) и циклоидного типа (25%).

Циклоидные подростки попадают в поле зрения психиатра обычно в связи с суицидными попытками во время субдепрессивной фазы, которая углубляется жизненными неудачами и нареканиями окружающих. У лабильного циклоида возможны аффективные суицидные попытки или истинные покушения на самоубийство в субдепрессивной фазе, если в это время подросток подвергается психической травматизации, укрепляющей его в мыслях о своей неполноценности. У лабильных подростков может развиваться реактивная депрессия при переживании утраты близких, разлуки с ними, отвержения со стороны значимых лиц.

Для сенситивных подростков характерны повторные вспышки суицидальных мыслей в ситуации, которая подогревает свойственное им представление о собственной неполноценности. Под влиянием цепи неудач, обид и разочарований они могут совершить неожиданное для окружающих самоубийство по механизму «последней капли». Эпилептоидные подростки склонны к суицидальным демонстрациям, которые чаще всего спровоцированы наказаниями. Подросток считает наказание несправедливым и совершает демонстративную попытку самоубийства, чтобы доставить неприятности обидчику.

Демонстративное суицидальное поведение служит основной причиной психиатрической госпитализации истероидных подростков в возрасте 15-16 лет. Выбираются лишь безопасные способы «суицида» или изображается серьезная попытка в расчете на вмешательство окружающих. В качестве причины подростки обычно называют неудачную любовь, однако под этим романтическим ореолом, как правило, скрывается необходимость восстановить утраченный статус, побыть в центре внимания, избежать наказания и самому наказать обидчиков. Если подросток таким образом достигает своей цели, суицидальные демонстрации становятся для него привычным способом разрешения конфликтов. К суицидальным демонстрациям примыкает подростковая бравада, когда игра со смертью используется для получения репутации исключительной личности. У лабильных истероидов и подростков истеро-эпилептоидного типа встречаются острые аффективные суицидные реакции, при которых на высоте аффекта на какой-то момент может возникнуть желание умереть или вручить свою жизнь воле случая: «будь что будет!». В таких случаях демонстративное по замыслу действие может закончиться самоубийством.

Насилие. Ребенок, переживший сексуальное насилие, испытывает боль, страх, грусть, резкое снижение самооценки, чувство бессилия и отверженности. У него может развиваться депрессия с нарушением сна и аппетита, снижением успеваемости, отказом от учебы в школе, социальной отгороженностью, суицидальными тенденциями. Может возникнуть истерическая и конверсионная симптоматика, оппозиционное поведение с отказом от любых семейных взаимодействий и уходами из дома. Половая близость ассоциируется у ребенка с чувством принуждения и использования, беспомощности и поражения. Обесцениваются собственная сексуальная роль и отношения родителей в

качестве гетеросексуальной модели.

R. Summit (1981) обнаруживает большое сходство в реакциях на инцест участвующих в нем людей. Дети принимают на себя ответственность за родителя, инициировавшего эти отношения, и обвиняют в них себя. Нарушение родительских обязанностей и недостаток ответственности у взрослых ведет к тому, что ребенок чувствует себя глубоко порочным и не заслуживающим заботы или помощи. Сексуальность для такого человека всегда оказывается окрашенной чувством вины и страхом. Отдаленными последствиями инцеста могут быть неосознанная провокация новых изнасилований, сексуальные расстройства и проституция. Часто наблюдается расстройство множественной личности и склонность к саморазрушающему поведению (нанесение самоповреждений, передозировка лекарств, алкоголизм и наркомания, суицидальные тенденции).

А.Н. Моховиков (2001) выделяет такие задачи психотерапии жертв инцеста, как восстановление самоконтроля, самооценки и доверия, а также обсуждение сферы сексуальных отношений, которые после насилия лишаются естественности и привлекательности. Автор описывает приемы гештальттерапии, которые способствуют:

- а) установлению контакта с окружающим и восприятию актуального настоящего;
- б) работе над сосредоточением внимания;
- в) работе с воспоминаниями;
- г) работе с ощущениями тела;
- д) работе с вербализацией мыслей и чувств и
- е) работе с непрерывностью эмоций.

Х. Ремшмидт (2000) описывает программу семейной терапии в случае инцеста. Последний рассматривается не как отклонение у одного из членов семьи, а как нарушение всей семейной системы. С этой точки зрения инцест является очередным звеном в цепи неадаптивных внутрисемейных взаимодействий. Терапевтическая программа состоит из шести этапов. На 1-м этапе отец отделяется от семьи. На 2-м он должен признать свою вину и взять на себя ответственность за случившееся. На 3-м этапе от обоих родителей требуется, чтобы они взяли на себя ответственность за воспитание ребенка и заботу о нем. Это не противоречит тому, что отец временно живет вне семьи из соображений безопасности дочери. 4-й этап посвящен нормализации отношений между дочерью и матерью. Мать должна признать свою вину за то, что не уберегла дочь от сексуального злоупотребления, и наладить доверительные отношения с ней, чтобы ребенок в случае опасности нового эпизода смог искать защиту у матери. Задачей 5-го этапа является работа с супружеским конфликтом, который обостряется после инцеста. У отца в это время возможны суицидальные попытки, запои или паническое бегство из семьи, у матери появляется намерение развестись или разъехаться. После купирования симптомов, связанных с ситуационным обострением конфликта, необходимо вскрыть его глубину, приведшую в конечном счете к инцесту. Наконец, на 6-м, последнем этапе терапии центральной темой становится нормализация отношений между отцом и дочерью. Указанные этапы проводятся в контексте семейной терапии, направленной на устранение жестких границ между семьей и внешним миром и укрепление автономии отдельных членов семьи. Отец часто нуждается в дополнительной когнитивно-поведенческой терапии; при выявлении педофилии проводят стационарный курс антиандрогенной терапии.

Параллельно осуществляется индивидуальная работа с ребенком, она заключается в следующем:

- 1) помощь в разговоре на тему о сексуальном насилии;
- 2) предоставление информации об анатомии половых органов и сексуальном развитии;
- 3) помощь в построении адекватной самооценки;
- 4) помощь в развитии самостоятельности и способности принимать решения с целью преодолеть чувство беспомощности.

При распаде семьи надо устранить у ребенка чувство его вины за инцест и семейный кризис. Важно создать доверительные терапевтические отношения как основу для возможного будущего лечения и как базис для адекватных отношений со взрослыми. На последнем этапе индивидуальной терапии необходимо подготовить ребенка к адекватным сексуальным отношениям в будущем.

Многие сатанинские секты практикуют садистические ритуалы, в которые входит питье крови в смеси с мочой и вином, употребление наркотиков, истязание или убийство животных и людей. Оставшиеся в живых жертвы этих ритуалов обнаруживают посттравматическое стрессовое расстройство. Дети обычно подвергаются инцестуозному и групповому сексуальному насилию в особо извращенной форме и получают тяжкие телесные повреждения. Их запугивают тем, что теперь они прокляты, находятся во власти Сатаны и он всегда будет знать, где они находятся и что они делают.

Дети редко рассказывают о случившемся по нескольким причинам. Перед ритуалом их подвергают действию наркотиков и гипноза с внушением забыть произошедшее, а если эпизод вспомнится — покончить с собой. Кроме того, сам эпизод настолько мучителен, что вытесняется из

сознания в силу диссоциации. Чтобы ребенка можно было использовать в ритуальных целях и в дальнейшем, эта диссоциация усиливается искусственно. С этой целью ребенка жестокими пытками доводят до состояния разъединения чувств и мыслей, в это время в расщепленное сознание вставляется культовая программа, эффективно закрывающая образовавшееся окно. Теперь она постоянно будет на этом месте, оставаясь неосознанной для жертвы. Программа включает:

- а) самостоятельное возобновление контакта с сектой или позволение его члену секты;
- б) сообщение секте нужной информации устами измененной части личности;
- в) автоматическое нанесение себе телесных повреждений или самоубийство в случае невыполнения предписаний секты;
- г) саботирование лечения, направленного на освобождение от влияния секты.

У молодых людей, переживших в детстве сатанинское ритуальное насилие, обнаруживается диссоциативное расстройство, обычно в форме множественной личности. У них выявляются следующие типы пережитого насилия: принудительный прием наркотиков, сексуальные действия, наблюдение мучений и смерти животных, причинение физической боли и пытки с предварительным наблюдением за аналогичными издевательствами над другими, наблюдение и принудительное участие в принесении в жертву взрослых и детей, сожжение заживо в гробу, принудительный каннибализм, угрозы убийства. У девушек и молодых женщин в прошлом обнаруживаются: заключение брака с Сатаной, насильственное лишение девственности, принудительное кровосмесительное оплодотворение или насильственное принесение в жертву собственного ребенка.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Примером психотерапии детей с ПТСР может служить сообщение Развита Джармен (2001) об опыте проведения индивидуальной и групповой кризисной терапии у детей в условиях Чеченской войны. Основное внимание уделялось выражению эмоций и овладению ими. При этом большое значение придавалось активному слушанию, что способствовало отреагированию негативных эмоций, а также восстановлению связи между прошлым и настоящим через подтверждение последовательности событий, в результате чего достигалось восстановление связи с внутренними ресурсами, их привнесение в настоящее. Достигалось когнитивное понимание ребенком своих эмоций, что делало его способным решить, что с ними делать. Для ликвидации чувства вины по поводу своей неспособности повлиять на трагические события использовалась проверка реальности через ролевую игру. Для прощания с внезапно погибшим человеком использовалась техника «пустого стула».

Депрессия. Дети, как и взрослые, могут совершать суицидные попытки под влиянием депрессии, которая имеет следующие специфические проявления: несвойственное детям бессилие, страх неудачи и снижение интереса к учебе, чувство скуки и усталости, неполноценности и отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость, невыносимость фрустрации, отреагирование агрессии в действиях.

Возрастной особенностью депрессии у подростков является чрезмерная эмоциональность, дисфорический оттенок настроения, неусидчивость и беспокойство, рассеянность внимания с его фиксацией на мелочах, конфликтность во взаимоотношениях, склонность к бунту и непослушание, плохая успеваемость и прогулы в школе, злоупотребление ПАВ.

Депрессии у детей и подростков часто маскируются гиперактивным поведением, агрессивными проявлениями и правонарушениями. Девочки-подростки болеют депрессией в три раза чаще, чем мальчики. По наблюдениям Д.Н. Оудсхоорна (1993) у 2/3 суицидальных подростков выявились инфантильно-зависимые и амбивалентные связи с матерями, в то время как сами матери были депрессивны и суицидальны. Суицидальность этих подростков основывалась на идентификации с матерью, со стороны которой они недополучили достаточно любви и привязанности.

У молодых людей суицидная попытка обычно является призывом о помощи, при этом биологический оптимизм мешает им со всей серьезностью относиться к смерти. В основе юношеской депрессии часто лежит неумение строить отношения со сверстниками, неуверенность в своей привлекательности для противоположного пола, излишняя зависимость от семьи. В решении этих проблем помогает групповая терапия и клубные формы работы.

Психотерапия. Б. Херперц-Дальманн (2000) рассматривает следующие подходы в психотерапии депрессивных детей и подростков. Психоаналитики видят основной механизм возникновения депрессии в конфликте между «Я» и Суперэго или «Я» и Оно. При этом ранние травмирующие переживания сохраняются в сфере бессознательного и манифестируют в виде выраженной ранимости с тенденцией интерпретировать даже незначительные конфликты как проявление собственной несостоятельности. Аналитическая терапия направлена на осознание происхождения аутоагрессивных импульсов и интеграцию их в сознание с переживанием чувства собственного достоинства. В то время как лечение подростков проводится в виде бесед, для детей в большинстве случаев избирают игровую терапию.

Когнитивно-поведенческий подход в объяснении происхождения депрессии у детей делает акцент на недостатке социальной компетентности и способности к общению. Терапевт выявляет у пациента дисфункциональные убеждения в виде негативной самооценки, негативной картины мира и негативного ожидания будущего. Затем он ставит их под сомнение, проявляя эмпатию и задавая вопросы таким образом, чтобы не навязывать подростку собственное мнение или отношение. Противопоставляя аргументы «за и против», подросток должен:

- а) познать свои фиксированные схемы мышления;
- б) перепроверить их и
- в) заменить конструктивными идеями, более ориентированными на реальность.

В конце каждой беседы терапевт вместе с пациентом составляют домашние задания, состоящие из ряда ступеней возрастающей трудности. Задание выбирается таким образом, чтобы пациент мог видеть успешность терапии и свои растущие возможности. В процессе терапии пациенты научаются мысленно продолжать соответствующий диалог в ситуациях, провоцирующих негативные переживания. К лечению регулярно привлекаются родители, чтобы избежать противоречий в подходе к подростку, которые могут помешать терапии.

Тренинг самоконтроля направлен на изменение типичных для депрессии когнитивных процессов с помощью самонаблюдения, самооценки и самопоощрения. Путем самонаблюдения могут быть выявлены стрессоры и фиксированные негативные схемы мышления в повседневной жизни пациента, а также оценена эффективность терапии. При тренинге самооценки пациент обучается видеть себя более реалистично и оптимистично, признавать собственные достоинства, замечать позитивные изменения. В рамках самопоощрения пациент награждает себя за позитивные стратегии решения проблем.

Аффективный тренинг направлен на знакомство детей и подростков с широким диапазоном эмоциональных переживаний у себя и других. Чувства могут идентифицироваться с помощью мимики и жестов в игровой форме. Тренинг социальных навыков нацелен на вербальные и невербальные способы общения, существенные для выражения и принятия как негативных, так и позитивных эмоций. Он включает инструкции, обучение на модели и практическое использование социально адекватных способов поведения при наличии обратной связи с терапевтом. Ребенок должен научиться вначале обдумывать проблему, разрабатывать стратегии ее решения и заранее предвидеть последствия возможных действий.

При работе с детьми и подростками необходимо составлять план занятий, в который включаются приятные для пациента виды деятельности и мероприятия. Они противодействуют типичной для депрессии склонности к уходу, пассивности и снижению мотиваций и способствуют позитивным переживаниям и улучшению настроения. Часто ролевые игры и изобразительный материал больше поощряют маленького пациента к сотрудничеству, чем простой разговор. Советы и поддерживающие установки должны всегда исходить из личного жизненного опыта ребенка и его семьи.

Херперц-Дальманн описывает четыре этапа терапевтического процесса после суицида или при его угрозе.

Острая фаза 1 (клиническое лечение проводится в отделении интенсивной терапии). Цель: неотложная медицинская помощь, оценка риска повторного суицида, построение доверительных отношений, семейный диагноз. Методы: лечение соматических осложнений; совместное психиатрическое и психотерапевтическое обслуживание, выявление мотивов суицида; установление контакта с семьей.

Острая фаза 2 (клиническое лечение в психиатрически-психотерапевтическом отделении). Цель: защита от аутодеструктивных импульсов, укрепление доверительного отношения к терапевту, устранение одиночества и изоляции, выявление семейной конфликтной ситуации, провоцирующей суицид. Методы лечения: наблюдение и уход со стороны персонала; регулярные индивидуальные беседы для выяснения динамики суицидального поведения, разработка стратегий совладания с кризисом; интеграция в стационарную работу (групповую терапию, терапию занятостью и др.); решение о виде и интенсивности работы с семьей (консультации с родителями или семейная терапия).

Фаза отдыха (клиническое лечение в психиатрически-психотерапевтическом отделении). Цель: стабилизация терапевтических отношений, изменение условий, провоцирующих суицид, подготовка социальной реадaptации. Методы лечения: расширение радиуса действия (например, выход с другими пациентами); продолжение индивидуальных бесед, разработка плана профилактики; продолжение групповой работы; интенсификация бесед с родителями и семьей с целью подготовки к выписке; мероприятия в отношении среды (например, установление контакта с другими значимыми лицами).

Фаза ремиссии (амбулаторное лечение в поликлинике или у частного врача). Цель: профилактика новой суицидной попытки, активизация «котерапевтов». Методы лечения: наблюдение близкими людьми в домашнем окружении; подробные беседы с терапевтом, возможно также по

телефону; продолжение работы с семьей, преодоление новых осложнений или конфликтов; оказание помощи при включении в социальное окружение (например, мероприятия, касающиеся школы).

Дисморфофобия проявляется в виде глубокой озабоченности больных мнимыми или незначительными недостатками своей внешности или запахами тела, якобы отталкивающих окружающих. Расстройство в основном встречается у подростков, юношей и девушек. Больные чаще всего переживают из-за своих морщин, пятен и волос на коже, величины носа, груди или пениса, ширины бедер, размера ступни. Некоторые делают пластические операции. По данным, полученным американскими исследователями, 30% людей с такими расстройствами заключили себя в стенах дома, а 17% предпринимали попытки самоубийства.

Ипохондрическое отношение, по З. Фрейду, существует к тем органам, которые содержат в себе переизбыток либидинозного напряжения. П. Шильдер рассматривал чувство напряжения, растягивания, уплотнения и отвердения как указание на мужские гениталии. Он объяснял развитие ипохондрической фиксации тем, что Я-идеал не хочет мириться с чрезмерной нарциссической насыщенностью органов и стремится вытеснить их вовне. Эти органы становятся объектом повышенного самонаблюдения, что сближает их в восприятии с объектами внешнего мира. Такую же защиту объективированием Я-идеал использует для избавления от мыслей, которые подверглись чрезмерной либидинозной насыщенности. Путем повышенного самонаблюдения подобные мысли становятся навязчивыми и таким образом выводятся из подсознания. Бланкебург считает, что для ипохондрика его тело становится значимым партнером. При этом ему трудно найти середину между достойной наказания беззаботностью и устрашающей чрезмерной озабоченностью своим телом. По Г. С. Салливану, фиксация на своем здоровье служит вытеснению интрапсихического конфликта, возникающего в межличностных ситуациях; в результате психическое расстройство оказывается единственным общественным аспектом жизни ипохондрика. Р. Телле указывает, что сенесто-ипохондрический синдром может развиваться у пациента в результате его идентификации с больным родственником под влиянием чувства вины за свое преимущество и инфантильного страха кастрации. Ипохондрические опасения имеют защитное значение, поскольку ограждают от столкновения с более серьезными угрозами и с самой смертью.

В психотерапии пациентов с дисморфофобией, осложненной суицидо-опасными переживаниями, может быть полезен групповой подход, обеспечивающий социальное взаимодействие и поддержку. М.Е. Бурно разработал эффективный метод групповой терапии ипохондрических больных с дисморфофобиями методом творческого воображения.

Частой ошибкой начинающих психотерапевтов, работающих с детьми и подростками, является неосознанный альянс с пациентом против его родителей. Причиной этого обычно является идентификация с пациентом, отреагирование недовольства собственными родителями терапевта, неосознанное соперничество с родителями пациента и т. п. Обращая внимание пациента на ошибки, совершенные его родителями, психотерапевт может усилить агрессию пациента к ним, что чревато обострением внутрисемейного конфликта и усилением суицидального риска у пациента. Чтобы избежать этого, психотерапевт должен не осуждать родителей пациента, а воспринимать их как своих клиентов, пытаться их понять и передать это понимание подростку. В результате пациент учится более объективно воспринимать других людей, начинает лучше понимать их трудности, становится терпимее и спокойнее.

©Подростки не очень-то изменились.

Они по-прежнему растут, взрослеют, уходят из дома и женятся, — только не обязательно в этом порядке.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

*У молодых самоубийство — моль
Антон Кемпинский*

Хотя люди, старше 65 лет, составляют десятую часть населения, среди них отмечается четверть всех самоубийств. Пик завершенных суицидов падает на период 45-59 лет, у женщин — на возраст 40-45 лет, что, по-видимому, связано с утратой прежней внешней привлекательности. Так же тяжело стареющим женщинам мириться с утратой функций домашней хозяйки. Пожилые мужчины совершают самоубийства в 10 раз чаще, чем женщины. Этот период совпадает с гормональной перестройкой, окончанием профессиональной деятельности, возрастными болезнями, нередко — смертью брачного партнера и одиночеством. В это время уменьшается эмоциональный и коммуникативный резонанс, выросшие и независимые дети покидают родительское гнездо. Супругам

грозит отчуждение, когда им остается диван с подушками и телевизионный алтарь. Нет больше сколько-нибудь значимой, интересной внешней цели, которая цементировала бы и структурировала бы жизнь; остается однообразная борьба за выживание. Установлено, что в продолжение первого года по выходе на пенсию исход относительно легких заболеваний, например, бронхита, часто оказывается летальным. Особенно трудно переносить утраты своего социального статуса мужчинам, которые привыкли оценивать себя на основании положения на службе и роли в семье («добытчик, мужчина в доме»). Если остальные интересы остались у человека неразвитыми, лишение прежних достоинств может восприниматься как потеря смысла жизни.

С возрастом человек теряет близких людей, и не все потери оказываются достаточно проработанными. Гибель любимого домашнего животного, особенно у одинокого человека, также может запустить процесс затяжного горя. Тяжело переносят пожилые люди вынужденный переезд — слишком многое связывает их с прежним местом жительства, и им гораздо трудней, чем в молодости, привыкать к новому. Самолюбивому человеку особенно тяжело мириться с утратой своей самостоятельности, невозможностью жить без посторонней помощи и получать ее от тех, кто раньше сам был в материальной или психологической зависимости от них. Альтруистичные родители в старости не хотят быть в тягость свои детям и ускоряют свой уход из жизни, перестав заботиться о себе.

Стариков в нашей стране нередко воспринимают как досадную помеху, как отработанный материал, утративший право на жизнь. Оказавшись без сбережений и поддержки государства, которое их использовало и бросило, пожилые люди чувствуют себя лишними и обманутыми. Распространенность кризисных состояний у пожилых россиян можно объяснить с точки зрения кризиса идентичности по Э. Эриксону. Их профессиональный и жизненный опыт в быстро меняющихся условиях оказался ненужным, их ценности и вкусы выглядят отсталыми и смешными. Пожилым людям стыдно признаться, что они отказывали себе во всем, доверчиво надеясь на заботу государства в старости. Теперь идеалы, которыми они жили, развенчаны, и они не могут гордиться обществом, которое построили. Пожилые люди избегают тягостного диалога с прожитой жизнью и избегают сравнивать ее с той, которую можно было бы прожить. Зачастую они испытывают чувство, как будто и не жили вовсе, которое Эрих Фромм считает причиной иррационального страха перед смертью. Отказываясь от взгляда назад и примирения со своим прошлым, человек обкрадывает себя еще на один шаг в своем созревании.

Старость накладывает характерный отпечаток на личность человека. Появляется некоторая эксцентричность, недоверчивость, медлительность* в принятии важных решений. Отмечаются колебания настроения, угрюмость, раздражительность, гневливость. На этом фоне выявляются нерешительность, мнительность, неуверенность, тревожность, зависимость от мнения других людей. Уменьшается честолубие при одновременном снижении общительности и доброжелательности. На этом фоне возможны нелепые, грубые попытки обратить на себя внимание. Чувствуя себя ненужным и никчемным, пожилой человек приписывает окружающим пренебрежительное отношение к себе, постепенно перестает искать контактов с людьми и смиряется со своим одиночеством. Усиливаются ранимость, обидчивость, при этом могут ярко всплывать старые обиды. В результате нарастающей инертности нервных процессов и связанного с этим «застывания» эмоций стареющий человек все чаще находится в состоянии тоски и тревожного ожидания неприятностей. Не осмеливаясь открыто высказать свои обиды или не осознавая их, человек сдерживает свое раздражение, и тогда оно приобретает форму самообвинения.

Спецификой дистимии у пожилых людей является выраженный тревожный компонент. Человек в этом возрасте уже не ждет от жизни ничего хорошего, она грозит ему лишь новыми бедами и лишениями. Тают силы, утяжеляются старые болезни и появляются все новые. Один за другим уходят из жизни близкие люди. Все отчетливее слышны шаги приближающейся смерти, рисуются картины предстоящих мучений. В депрессии человек склонен к самообвинениям, и верующий заранее содрогается от картины своих вечных страданий в загробном мире за совершенные грехи. Многие пожилые люди уходят от тревожных мыслей о душе в опасения по поводу своего соматического здоровья. Типичной является астеноипохондрическая симптоматика и суицидальные мысли. Выражена психическая и физическая истощаемость, раздражительная слабость с элементами гиперестезии, склонность к дисфорическим и гневливым реакциям, слабодушие и эмоциональная лабильность. Течение дистимии у пожилых затяжное, с тенденцией к прогрессированию и переходу к депрессивному невротическому развитию личности. Это проявляется в усложнении и фиксации невротической симптоматики, формировании пессимистического мировоззрения и в возникновении или заострении качеств личности тормозимого круга.

Инволюционной депрессии (меланхолии) свойственно сочетание тревожно-депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством, доходящим до ажитации. Может быть бред

несправедливого обвинения больного окружающими, преследования, ущерба, ревности, отравления, ипохондрический — в позднем возрасте в структуре нигилистического бреда Котара. Депрессию у пожилых людей может напоминать начинающаяся болезнь Альцгеймера (старческое слабоумие). Характерно, что, отвечая на вопрос, требующий однозначного ответа, депрессивные больные стараются не выходить за рамки вопроса, при неудаче начинают оправдываться и корить себя; при болезни Альцгеймера больные всегда дают не соответствующий вопросу ответ — например, на вопрос о дне рождения называют свой адрес.

Психотерапия. В пожилом возрасте кризис вызывают прежде всего хронические и опасные для жизни заболевания, хронические боли, ограничение самостоятельности и потеря близких людей. Поскольку они доминируют в сознании человека, то они и определяют содержание психотерапии. У пожилых людей снижается способность к решению новых когнитивных проблем, медленно перерабатывается информация, ухудшается внимание и память, быстро наступает усталость. В связи с этим цели психотерапии ограничиваются стабилизацией психических ресурсов, необходимых для переработки острого личностного кризиса.

Поведенческая терапия прежде всего направлена на восстановление или усвоение навыков и умений, необходимых в повседневной жизни (например, у мужчин, потерявших жену и не обладающих навыками ведения домашнего хозяйства). Для повышения чувства самоконтроля у больных с хроническими болями применяют:

- а) ведение дневника, фиксирующего боли за день;
- б) отслеживание ситуаций, в которых боли воспринимаются сильнее или слабее, и
- в) обучение техникам, уменьшающим фиксацию внимания на боли, так что они меньше мешают человеку жить.

Поведенческая терапия пожилых пациентов с депрессией основана на классических работах Питера Левинсона (Lewinsohn, 1975), при этом учитываются возрастные особенности больных. Психотерапевт оставляет себе роль эксперта в области методов психотерапии и подчеркивает, что пациент лучше разбирается в собственных переживаниях и своих возможностях. Пациенту объясняют связь депрессии с бездеятельностью и указывают, что приятные виды деятельности повышают настроение. Первое задание должно быть максимально простым, чтобы гарантировать его успешное выполнение. Затем вместе с пациентом разрабатывается детализированный и последовательный план действий. План составляется в письменной форме, с указанием конкретного места и времени действия. Впоследствии пациент отмечает в этом плане выполненные задания. Чтобы облегчить пациентам осознание связи улучшения настроения с приятными событиями и адаптивными поступками, ему предлагают вести краткий дневник с описанием динамики настроения и его оценкой по шкале депрессии. На терапевтических сессиях пациент вместе с психотерапевтом анализирует все имеющиеся данные, чтобы убедиться в связи своего поведения и настроения. В результате он делает самостоятельный вывод о возможности влиять на свое настроение, и это возвращает ему утраченную уверенность в самом себе и в завтрашнем дне.

Когнитивно-поведенческая терапия пожилых больных депрессией также имеет свои возрастные особенности. Фокус терапии смещается с принципа «здесь и сейчас» на анализ жизненного пути. Большое значение придается побуждению пациента к активной деятельности. Предполагаемое действие вначале обсуждается с пациентом, затем он выполняет его мысленно, обращая внимание на возникающие препятствия. Далее разрабатывается план преодоления этих препятствий. При этом выявляются иррациональные ожидания плохого отношения окружающих и катастрофических последствий определенных событий. Эти ожидания обусловлены не только депрессией, но и социальными стереотипами мировосприятия, характерными для старости. Такие установки не оспариваются, но подвергаются сомнению и постепенно заменяются рациональными. В качестве подкрепления используется реальная проверка фактов с помощью регистрации их в дневнике и последующего обсуждения с психотерапевтом.

Применяются следующие техники:

- позитивное истолкование ситуации («в моей жизни есть и прекрасные вещи; мои дела обстоят не так плохо, как это может показаться на первый взгляд»);
- сравнение собственной ситуации с ситуацией других людей («если взглянуть на то, каково приходится другим, то жаловаться мне не на что, у меня дела идут еще относительно хорошо»);
- идентификация с судьбой детей и внуков («я рад тому, что растут мои дети и внуки, это помогает мне пережить трудные минуты»);
- изменение уровня своих требований («если уж пришла старость, то нужно считаться с неизбежными изменениями и смириться с ними»).

Интерперсональная психотерапия депрессии у пожилых больных особенно важна, поскольку многие из них жалуются на свое одиночество, но при этом ведут себя при общении так, что

окружающие начинают их избегать. Во время диагностической стадии психотерапии следует определить, какие факторы являются ведущими в происхождении депрессии у пациента. Это может быть горе, вызванное потерей близкого человека; смена социальной роли (например, в связи с выходом на пенсию); дефицит общения; межличностный конфликт.

В. Франкл пишет: «Итак, с точки зрения психолога, не слишком важно, молод человек или стар, и если стар, то насколько; гораздо более важен вопрос, заполнены ли его время и душа тем делом, которому данный человек может посвятить в данный момент свою жизнь; сумел ли человек, несмотря на свой возраст, сохранить тягу к радостной, наполненной событиями жизни, ибо, говоря словами поэта, "душа обязана трудиться и день и ночь, и день и ночь". И совершенно не имеет никакого значения, связана ли деятельность человека, дающая ему осознание смысла собственного бытия, с денежным вознаграждением, или нет. С точки зрения психологов, основополагающим и, можно сказать, решающим является вопрос, который заключается в том, пробуждает ли эта деятельность в человеке, несмотря на его преклонный возраст, сильное желание быть — быть для кого-то или для чего-то» (Франкл, 1999, с. 201).

Пожилой человек иногда тратит последние силы на работу из-за страха своей социальной несостоятельности и унижительной зависимости от других. В этом случае важно дать ему почувствовать, что в семье он дорог прежде всего своими человеческими качествами и просто любим как родной человек. Следует признавать его сохраняющиеся сексуальные потребности, а не высмеивать их. Когда у стареющего человека остаются силы лишь для платонического проявления нежных чувств, он особенно ценит, когда встречает взаимность. Дедушки и бабушки могут найти себя в воспитании внуков, и это их новое качество нуждается в благодарной поддержке. У пенсионера, наконец, появляется время для какого-то хобби, и его радует интерес, который проявляют другие члены семьи к его увлечению. Одинокие пожилые люди тянутся к общественной деятельности; помощь в этом ликвидирует у них дефицит общения и дает чувство, что они нужны.

Психотерапия пожилых людей учитывает меняющиеся отношения между пациентом и его детьми. Например, пациент пытается сохранить доминирующую позицию в отношениях и в то же время беспомощно ожидает от детей необоснованно большого внимания. Взрослые дети, со своей стороны, могут с детства сохранять обиду на родителей или, наоборот, испытывать чувство вины из-за недостатка заботы о них, чрезмерно опекая родителей, ограничивая их активность; в этих случаях особенно эффективна семейная терапия. Для повышения мотивации к участию в семейной терапии можно сказать взрослым детям больного следующее: «Своим отношением к старым родителям вы показываете своим детям образец доброго и заботливого отношения к старикам. Тем самым вы обеспечиваете себе благополучное будущее в старости». Важными целями терапии являются поддержание самооценки, поиск путей наиболее продуктивного проведения свободного времени, появившегося у пациента, выявление сохранившихся возможностей для самореализации и поддержка при ее осуществлении.

У беспомощных больных стариков нередко развивается брзужащая депрессия, которая очень затрудняет уход за ними. Больному надо объяснить, что сердится он не на родных, а на свою немощь и зависимое положение, так что его раздражение — это обратная сторона его тревоги. Родным было бы легче уменьшить ее, если бы он был готов благодарно и без страха зависимости принять их помощь. Чтобы больной отреагировал свои негативные чувства, психотерапевт должен дать ему выговориться и сочувственно разделить его переживания (разумеется, не поддерживая и не оспаривая содержание высказываний больного против родственников).

Особенностью интерперсональной терапии пожилого больного является необходимость активной позиции терапевта, сочетание поддержки пациента и укрепления в нем уверенности в себе. Хотя основной акцент в работе делается на текущих проблемах во взаимоотношениях, следует осознавать значение всего жизненного пути для актуальных проблем и влияние опыта прошлых лет на взаимоотношения в настоящем времени. Поскольку пожилые люди имеют крайне ограниченные возможности для установления новых отношений, надо побуждать их к разрешению проблем в имеющихся взаимоотношениях. В целях развития навыков общения можно использовать ролевые игры.

М. Ермолаева (2002) описывает метод «управляемого воображения» Б. Напарстека, адаптированный ею для лечения пожилых депрессивных больных. С помощью данной методики решаются следующие задачи: компенсация сенсорной депривации; обогащение ощущениями о внутреннем состоянии организма; формирование положительных эмоциональных переживаний, связанных с телесными ощущениями; дозированное повышение уровня бодрствования, оживление, обновление красок окружающего мира.

Для обогащения телесных ощущений и впечатлений от восприятия окружающего мира используются такие упражнения, как «Воображение движения энергии», «Воображение в процессе

ходьбы» и «Кардиоваскулярная визуализация». Применяются также упражнения «Воображение для снижения болевых ощущений в теле», «Воображение для уменьшения головной боли», «Воображение для укрепления потенциала здоровья». Выполнение этих упражнений способствует ослаблению ипохондрической фиксации, снижению тревоги и озабоченности собственным здоровьем, помогает избавиться от ухода в себя, характерного для некоторых старых людей.

Упражнение «Воображение для увеличения эмпатии» помогает преодолеть старческий эгоцентризм, почувствовать себя на месте другого человека, пережить всю гамму его ощущений и чувств, понять и простить его. Упражнение «Воображение духовного руководства» направлено на облегчение переживания одиночества, беспомощности и безнадежности. Выполняя упражнение «Воображение в депрессивном состоянии», старый человек прорабатывает переживания тоски, «тяжести на сердце», «утомленности чувств» и обращается к тому позитивному социальному опыту, который дает жизнь и который останется с ним навсегда. Наконец, упражнение «Воображение для облегчения горя» призвано помочь старому человеку справиться с тяжестью утраты близкого человека, сохранив его в благодарной памяти, в своих желаниях и поступках.

Психотерапия пожилых больных требует учета их возрастных ограничений. Сессии надо проводить в комфортном темпе и регулировать их длительность в зависимости от состояния пациента. Первые встречи необходимо посвятить установлению доверительных отношений, выявлению и устранению негативных терапевтических установок. При этом следует избегать авторитарной позиции и не поощрять иждивенческих установок пациента. Важно установить с пациентом такие эмпатические отношения, чтобы ему хотелось сделать что-то хотя бы ради их сохранения. Необходимо сохранять уважительное отношение к мудрости пожилого человека, соблюдать принцип партнерского сотрудничества. Планируя задания, необходимо учитывать реальные возможности пациента, уклад его жизни. Нарушения памяти компенсируются записью всех назначений и заданий. Темп терапии должен быть неторопливым. Период психотерапии обычно ограничивается 12-20 неделями. Следует предупредить пациента о возможности рецидивов, обучить его способам совладания с ними и предложить возобновить общение, если произойдет что-нибудь непредвиденное. Эффективным дополнением в работе с пожилыми людьми является библиотерапия и аутогенная тренировка.

Часто встречается в пожилом возрасте и соматизированная депрессия. Когда обследование выявляет отсутствие соматического заболевания, отношение к больному как к капризному ребенку или к истеричке-симулянтке лишь усиливает депрессию и ее соматические симптомы. Если депрессия возникает как реакция на тяжелое соматическое заболевание и все усилия врачей сосредоточиваются на его лечении, то душевное состояние больного остается без внимания. В обоих случаях больному не хватает человеческого участия и тепла. Прикосновения к его телу обычно связаны лишь с туалетными и лекарственными процедурами, в результате у больного появляется представление, что его тело вызывает у окружающих чувство отвращения. Родственникам и психотерапевту надо не забывать позвать больного руку, бережно погладить деформированный сустав, ласково потрепать по плечу.

Пример (К. Дернер и У. Плог, 1997). В клинику доставлена пожилая женщина, почти застывшая, всклокоченная и грязная, бормочущая что-то непонятное. Ее нашли повизгивавшей под ее кроватью, она была недоступна для контакта и почти не реагировала на раздражители. После того как ее помыли, ее надо было уложить в кровать, что было затруднено ригидностью мускулатуры. Между двумя сотрудниками завязался следующий диалог. — Слушай, оставь ее вообще. — Не знаю, жалко ее, она, должно быть, совсем одинокая. — Это не значит, что надо заползти под кровать и там пропадать, со мной такого точно не случится. — Представь себе, что ты один в течение нескольких недель, тут испугаешься, может быть, она уже не могла спускаться по лестнице за продуктами. — Могла позвонить по телефону. — Могу себе представить, что она уже давно телефоном не пользуется. Должно быть, ужасно быть одинокой и всегда, когда хочешь с кем-то поговорить, надо просить помощи, от этого можно заболеть. — Я бы вовремя обратился в дом для престарелых, там ничего такого произойти не может. Мы тут ничего поделать не можем. Она нормально лежит, ей нужны лекарства или зонд. — Не знаю, если она действительно долго пролежала под кроватью, может быть, будет хорошо, если мы ее помассируем или погладим. — Ни за что, меня тошнит от старой кожи, я не могу к ней прикоснуться. У этой женщины после массажа улучшилось кровообращение, она постепенно расслабилась, спокойно и удобно устроилась без приема лекарств в постели и после первоначальных трудностей предпочла есть суп самостоятельно. Она рассказала, что долго была одинокой, постепенно утратила счет времени. Однажды утром она проснулась с чувством голода, еды в доме не нашлось, а она была слишком слаба, чтобы выйти. Поскольку она часто ела в кровати, она надеялась найти под кроватью кусочек хлеба или шоколада. Затем она потеряла сознание. Она сказала, что она лучше перенесла весь ужас ситуации и свой стыд потому, что ей не делали упреков, не упоминали о ее дряхлости, а помогали понять, что произошло. Ее не изолировали еще больше, а наоборот, проявляли интерес к ее желаниям и потребностям — например, телевизор, ванна, прическа,

койка не в коридоре. Раньше она считала: не стоит прилагать усилия, чтобы жить, теперь ей помогли почувствовать, что стоит.

©Если вы еще способны разочаровываться, значит, вы все еще молоды.

Сара Черчилль

ЛИТЕРАТУРА

1. Алби Ж.-М., Паше Ф. Психоаналитическая концепция мазохизма со времен Фрейда: превращение и идентичность // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. М., 1998. С. 483-497.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. М., 1997. *
3. Александров А.А. Нарушения поведения у подростков как один из критериев оценки степени психопатизации // Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973. С. 37-47.
4. Алиев М.Г. К вопросу об особенностях личности лиц, совершивших суицидальную попытку // Вопросы психоневрологии. Баку, 1975. Вып. 6. С. 156-163.
5. Алман Б., Ламбру П. Самогипноз. Руководство по изменению себя. М., 1995.
6. Амбрумова А.С. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1981. С. 35-49.
7. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С. 40-52.
8. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Медицинская помощь, 1994, № 3. С. 15-19.
9. Амбрумова А.Г. О деятельности Федерального научно-методического центра суицидологии // Социальная и клиническая психиатрия, 1994. № 3.
10. Амбрумова А.Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической профилактики // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984. С. 8-26.
11. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. М., 1980.
12. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М., 1978.
13. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Особенности ситуационно обусловленных аффективных реакций с суицидальным поведением у подростков // 4-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. М., 1980. С. 520-523.
14. Амбрумова А.Г., Полеев А. М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике // Методические рекомендации. М., 1986.
15. Амбрумова А.Г., Полеев А. М. Телефонная психотерапевтическая помощь — Телефон Доверия в системе социально психологической службы // Методические рекомендации. М., 1988.
16. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика в суицидологической практике // Методические рекомендации. М., 1983.
17. 356 Литература
18. Амбрумова А.Г., Шаповалова Л.И. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения // Методические рекомендации. М., 1991.
19. Амбрумова А.Г., Тихонечко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. М., 1978. С. 6-28.
20. Амбрумова А.Г., Тихонечко В.А. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. М., 1980.
21. Амбрумова А.Г. и др. Аутодеструктивное поведение подростков // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М., 1989. С. 52-62.
22. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб., 1995.
23. Андреева А.Д. Как помочь ребенку пережить горе // Вопросы психологии, 1991. № 2.
24. Аннекен Г. и др. Тренинг уверенности и контакта в группе (на основе когнитивной модели регуляции поведения). Руководство для тренеров и психотерапевтов. Материалы Немецкого общества терапии поведения, № 7. Тюбинген, Германия. (Без года).
25. Антикризисное управление / Под ред. Короткова Э.М. М., 2000.
26. Анциферова Л.Н. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал, 1994. Т. 15. № 1. С. 3-18.
27. Арнольд О.Р. Аутогенная тренировка в комплексной психотерапии лиц, находящихся в кризисных состояниях // Методические рекомендации. М., 1984.
28. Арнольд О.Р. Заслужи себе счастье. М., 1994.
29. Арнольд О.Р., Скибина Г.А. Ролевой тренинг как специфическая методика в комплексной психотерапии кризисных состояний // Методические рекомендации. М., 1990.
30. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М., 1992. Ассаджиоли Р. Психосинтез. Теория и практика. М., 2002.
31. Ахте К.А. Психопатология самоубийств и покушений на самоубийство // Самоубийства и покушения на самоубийства среди молодежи. Копенгаген: ВОЗ, 1977. С. 22-27.
32. Валунов О.А. и др. Методы повышения эффективности реабилитации больных, перенесших инсульт. СПб., 1996.
33. Баскаков В. Танатотерапия — искусство жизни. М., 1996.
34. Бачериков Н.Е., Харченко Е.И. О дифференциальной диагностике острых психогенных непсихотических реакций с аномальными формами поведения // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1978. Т. 78, № 11.
35. Бачериков Н.Е., Згонников П.Т. Клинические аспекты суицидологии // Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е. Бачерикова. К., 1989. С. 456-479.
36. Бейтсон Г. и др. К теории шизофрении // Московский психотерапевтический журнал, 1993. № 1; № 2.
37. Бек А. и др. Когнитивная психотерапия депрессий. СПб., 2003.
38. Белорусов С.А. Психология страха смерти // Журнал практического психолога, 2000. № 3-4.

39. Бергельсон Л.Я., Понизовский А. М. Познавательные аспекты непатологических ситуационных реакций и пути их коррекции // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984. С. 162-170.
40. Бердяев Н. Новое Средневековье. Размышления о судьбе России и Европы. М., 1991.
41. Бердяев Н. О самоубийстве // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001 С. 89-112.
42. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. М., 1997.
43. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. М., 2001.
44. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психиатрия. М., 2001.
45. Берне Д. Хорошее самочувствие. М., 1995.
46. Бехтерев В.М. О причинах самоубийств и возможной борьбе с ними. СПб., 1911.
47. Бехтерев В.М. О причинах самоубийств и возможной борьбе с ними // Труды 1-го съезда Русского союза психиатров и невропатологов. М., 1914. С. 84-117.
48. Бинсвангер Л. Случай Эллен Вест. Антропологически-клиническое исследование // Экзистенциальная психология. Экзистенция. М., 2001. С. 361-511.
49. Бишоп С. Тренинг ассертивности. СПб., 2001.
50. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. М., 1993 (репринтное изд. 1920 г.).
51. Бородин СВ., Кузнецов В.Е. Проблема самоубийства и его предупреждения с позиций правового подхода (исторический аспект) // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984. С. 35-47.
52. Бородин СВ., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 28-43.
53. Брегман Г.И. О суицидальных попытках при невротическом развитии // Невропатология и психиатрия. Рига, 1970. С. 249-255.
54. Бройтшам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М., 1999.
55. Бруханский Н.П. Самоубийцы. Л., 1927.
56. Брюдаль Л.Ф. Психические кризисы в новой перспективе. СПб, 1998.
57. Булацель П. Самоубийство с древнейших времен и до наших дней. М., 1900.
58. Бунеев А.Н. Неврозы и реактивные состояния // Судебная психиатрия. М., 1954. Гл. 22. С. 315-378.
59. Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Московский психотерапевтический журнал, 2000. № 1.
60. Вагин Ю., Трегубое Л. Эстетика самоубийства. Пермь, 1993.
61. Вайнштейн Э. Дж. Применение парадокса в медицинской практике // Московский психотерапевтический журнал, 1997. № 2.
62. Васильев В.В. Терапия творческим самовыражением в амбулаторном лечении психически больных с суицидальным поведением // Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением. М., 2003. С. 333-342.
63. Василюк Ф.Е. Автобиография и личность // Наука и техника, 1984. № 2.
64. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М., 1984.
65. Василюк Ф.Е. Пережить горе // О человеческом в человеке. М., 1991.
66. Венера в мехах. Л. фон Захер-Мазох. Венера в мехах. Ж. Делез. Представление Захер-Мазоха. З. Фрейд. Работы о мазохизме. М., 1992.
67. Вертман А. Психоанализ подростков // Московский психотерапевтический журнал, 1999. № 3-4.
68. Вид В.Д. Болезни настроения. СПб., 2002.
69. Винникотт Д.В. Переходные объекты и переходные явления. Исследование первого «не-я» предмета / Антология современного психоанализа. Т. 1. М., 2000. С. 186-200.
70. Власова Ю.И., Щербаков А.С. «Иди вон!» — И вышел умерший...» // Московский психотерапевтический журнал, 2001. № 1.
71. Войцех В.Ф. Клинико-психологическая характеристика пациентов с суицидальными намерениями // Аффективные и шизоаффективные психозы. М., 1998. С. 11-19.
72. Войцех В.В. Факторы риска повторных суицидальных попыток // Социальная и клиническая психиатрия, 2002. № 3.
73. Волков П. Разнообразие человеческих миров // Московский психотерапевтический журнал, 2000. № 1.
74. Вроно Е.М. К вопросу о диагностике суицидального поведения при различных вариантах депрессий у детей и подростков // Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С. 80-89.
75. Вроно Е. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков. М., 2001.
76. Вроно Е.М. Суицидология в России — немного истории // Журнал практического психолога, 2001. № 1-2.
77. Вроно Е.М., Ратинова Н.А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М., 1989. С. 38-46.
78. Гаддини Е. По ту сторону инстинкта смерти: проблемы психоаналитического исследования агрессии // Психоанализ в развитии: Сб. переводов. Екатеринбург, 1998. С. 108-127.
79. Ганнушкин П.Б. Об эпилептоидном типе реакции // Избранные труды. Ростов, 1998. Галин А.Л. Особенности мышления у лиц, склонных реагировать на фрустрацию суицидально // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1975. Т. 72. С. 174-179.
80. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств // Московский психотерапевтический журнал, 1996. № 3.
81. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал, 2001. № 4.
82. Гвоздев И.М. О самоубийстве с социальной и медицинской точки зрения. Казань, 1889.
83. Гейер М. Междисциплинарные аспекты психотерапии // Базисное руководство по психотерапии / Под ред. А. Хайгль-Эверс и др. СПб., 2001. С. 605-666.
84. Геневай Б. Потеря матери: личные впечатления // Журнал практического психолога, 2000. № 3-4.
85. Герман Е.Л. Суицидальные тенденции в клинике психических заболеваний: Автореф.

86. дис.... канд. мед. наук. К., 1967. Гинделевич К.Х. К вопросу об особенностях типов суицидальных реакций при
87. психогенных депрессиях // Невропатология и психиатрия. Рига, 1970. С. 263-
88. 270. Гинделевич К.Х. К вопросу о течении психогенных депрессий с суицидальными
89. попытками // Невропатология и психиатрия. Рига, 1970. С. 271-277.
90. Гинделевич К.Х. Суицидальные тенденции в клинике реактивных депрессий // Невропатология и психиатрия. Рига, 1970. С. 278-282.
91. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (Клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М., 2000.
92. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов. СПб., 2002.
93. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. СПб., 1995.
94. Голантп М., Голантп С. Что делать, когда тот, кого вы любите, в депрессии. Помогите себе — помогите другому. Руководство. М., 2001.
95. Голубчик В.М., Тверская Н.М. Человек и смерть: Поиски смысла. М., 1994. Гордон Г.И. Современные самоубийства // Русская мысль, 1912. № 5. С. 74-93. Горобец Т.Н. Социально-психологические и биологические факторы развития явления массового аутодеструктивного поведения // Основы социального психоанализа. М., 1996.
96. Горохова Т.К. Молодежь и безработица // Социология молодежи. Учебник. СПб., 1996. С. 186-201. Горская М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков // Вестник психосоциальной и психокоррекционной работы, 1994. № 1.
97. Гройсман А.Л. Медицинская психология. М., 2002.
98. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001. С. 270-352.
99. Гроф С, Хэлифакс Д. Человек перед лицом смерти. М., 1996.
100. Групповая психотерапия в системе лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Методические рекомендации. Л., 1988.
101. Грушевский Н.П. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей // Московский психотерапевтический журнал, 1994. № 4.
102. Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика. М., 1997.
103. Гулямов М.Г., Бессонов Ю.В. Психопатологические механизмы суицидальных действий больных прогрессивной параноидной шизофренией с синдромом Кле-рамбо // Журнал невропатологии и психиатрии, 1984. № Ю.
104. Данилова М.Б., Пепеляева Т.И. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией // Методические рекомендации. М., 1987.
105. Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. СПб., 1997.
106. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1975. Т. 75. № 5.
107. Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т. Скрытая депрессия в практике врачей. Минск, 1981.
108. Джармен Р. Консультирование людей в дистрессе: психосоциальная реабилитация пострадавших от травматических переживаний в результате войны // Журнал практического психолога, 2001. № 1-2.
109. Дукаревич М.З. Деятельность реабилитационного клуба, как форма суицидологической превенции // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. М., 1989. С.133-140.
110. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994.
111. Ермолаева М. Практическая психология старости. М., 2002.
112. Жибо А. Этьен или сегодняшний подросток. О подростковом возрасте и о моральном мазохизме // Антология современного психоанализа. Т. 1. М., 2000. С. 470-483.
113. Зайдлер Г.Х. Клинические аспекты деструктивных сторон нарциссизма // Московский психотерапевтический журнал, 1997. № 2.
114. Зайцев А.Л. Клинико-психиатрический анализ попыток на самоубийство у психопатических личностей: Тезисы к дис.... канд. мед. наук. М., 1938.
115. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» Шувалов А.В. Психиатрия, наркология, сексопатология. М., 2001. С.331-348. Зиновьев СВ. Наследство Ниобы. Лики депрессии. СПб., 2002.
116. Зиновьев СВ. Суицид. Попытка системного анализа. СПб., 2002.
117. Змановская Е.В. Девиантность (психология отклоняющегося поведения). Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М., 2003.
118. Золотухина О.Н., Кондаков В. С. Художественная психопатология. Ижевск, 2000.
119. Ивашов В.В. Как сформулировать «смертный» диагноз // Журнал практического психолога, 2000. № 3-4.
120. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб., 1999.
121. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справочное пособие. Минск, 1999.
122. Ишмуратов А. Очерки психологии суицида // Журнал практического психолога, 1999. № 9.
123. Ишутина Н.П., Раева Т.В. Депрессивные расстройства и их терапия в дерматологической практике. Томск, 1999.
124. Каленский ИМ. Депрессивные состояния с суицидальными тенденциями в клинике психопатий возбудимого и тормозимого типов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1981.
125. Калшед Д. Внутренний мир травмы // Московский психотерапевтический журнал, 2001. № 1-2.
126. Каннабих Ю.В. Истеро-циклотимия и несколько слов о самоубийстве // Психотерапия, 1912. № 11.
127. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1-2. М., 1994.
128. Качаева М.Л. Острые психогенные депрессивные состояния у женщин в период совершения общественно опасных действий: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1983.
129. Кемпер И. Легко ли не стареть? М., 1996. Кемпинский А. Экзистенциальная психиатрия. М., 1998. Кемпинский А. Меланхолия. СПб., 2002. Кермани К. Аутогенная тренировка. М., 2002. Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности. М., 1998. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М., 2000. Кернер Ф. Стресс и ваше сердце. М., 2002.

129. Кибрик И.Д., Андрианов В.В. Особенности психотерапевтической помощи суицидентам с сексуальными дисгармониями // Методические рекомендации. М., 1993.
130. Кибрик И.Д., Кушнарв В.М. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодежи // Методические рекомендации. М., 1988.
131. Киреева И.Л. Педиатру-онкологу: что необходимо знать о психике онкологически больного ребенка и о проблемах общения с родителями онкологически больных детей. М., 1999.
132. Кискер К.П., Фрайбергер Г. и др. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М., 1999. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни младенца // Кляйн М. и др. Развитие в психоанализе. М., 2001. С. 287-341.
133. Кляйн М. О теории вины и тревоги // Кляйн М. и др. Развитие в психоанализе. М., 2001. С. 394-423.
134. Клинико-психологическое обоснование психокоррекционных мероприятий у больных хроническими формами ишемической болезни сердца: Методические рекомендации. Л., 1990.
135. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. Бека А., Фримена А. СПб., 2002.
136. Козлов В.В. Работа с кризисной личностью. Методическое пособие. М., 2003.
137. Козловский В.М. Психотерапевтическое сообщество — одна из форм реабилитации душевнобольных суицидентов // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984. С. 92-97.
138. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. М., 1992.
139. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб, 2002.
140. Кони А.Ф. Собр. соч. в 8 т. М., 1967., т. 4.
141. Кони А.Ф. По поводу самоубийств. Протоколы заседаний общества психиатров в литературе. СПб., 1893.
142. Кони А.Ф. Самоубийство в законе и жизни // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001 С. 113-138.
143. Конончук Н.В. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями // Методические рекомендации. Л., 1983.
144. Конончук Н.В. Первый психотерапевтический контакт после суицида // Психогигиена и психопрофилактика. Л., 1983. С. 92-95.
145. Кооб О. Темная ночь души. Пути выхода из депрессии. М., 2002.
146. Кораблина Е.Л. и др. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для начинающих психологов. СПб., 2001.
147. Кори Дж. Теория и практика группового консультирования. М., 2003. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. М., 1995. Коровин А.М. Самоубийства и потребление водки в Европейской России с 1803 по 1912 год. СПб., 1916.
148. Короленко Ц.П., Галин А.Л. К вопросу о выделении больных с повышенным суицидальным риском по психологическим критериям // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1978. Т. 78, № 3. С. 426-430.
149. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.-Екатеринбург, 2000.
150. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М., 1901. Т. I. Кохут Х. Восстановление самости. М., 2002.
151. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М., 1999. Крадохвил С. Групповая психотерапия неврозов. Прага, 1978. Крафт-Эббинг Р. Судебная психиатрия. СПб., 1908.
152. Кризисные события и психологические проблемы человека / Под ред. Пергамен-шика Л.А. Минск, 1997.
153. Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. Даулинга С. М., 2000. С. 80-118.
154. Крукович Е.И., Ромек В.Г. Кризисное вмешательство: Учебно-методическое пособие. Минск, 2003.
155. Кузнецов В.Е. Истоки междисциплинарного подхода в отечественной суицидологии // Комплексные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. М., 1986. С. 84-93.
156. Куликов П.Г. Психотерапия при гипертонической болезни и инсульте // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1992. № 3.
157. Куликов С.А., Таги-Заде А.Д. Сравнительный клинико-психологический анализ суицидоопасных депрессий при различных стадиях алкоголизма // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. М., 1989. С. 69-76.
158. Курпатов А. Средство от депрессии. СПб., 2003. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. К., 2001.
159. Лазаравили И.С. Анализ повторных суицидальных действий практически здоровых лиц и лиц, страдающих некоторыми формами психопатий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1986.
160. Лазаравили И.С. Повторные суицидальные действия лиц, страдающих некоторыми формами психопатий // Комплексные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. М., 1986. С. 105-114.
161. Лазарус А. Мысленным взором: Образы как средство психотерапии. М., 2000.
162. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб., 2001.
163. Ласко Н.Б., Шапиро Л.М. Особенности личности суицидентов и разработка шкалы для определения степени риска суицида / Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1975. Т. 72. С. 180-185.
164. Лебедев В.М. Общение с Богом или... М., 1986.
165. Лебедев И.Л. О самоубийстве в нормальном и болезненном состоянии. СПб., 1888.
166. Левин С. Кто умирает? Исследование проблем осознанной жизни и осознанного умирания. К., 1996.
167. Лев-Старович С. Партнерский секс. М., 1990.
168. Пеенарс А.А. и др. Анализ предсмертных записок из России и Соединенных Штатов // Социальная и клиническая психиатрия, 2002. № 3.
169. Линдемэнн Э. Клиника острого горя // Адлер А. и др. Трансформация и сублимация сексуальной энергии. Психоаналитические очерки. М., 1996. С. 225-233.
170. Липанов Р.Г. К вопросу о частоте суицидальных действий при психозах // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1980. Т. 80. № 8.
171. Литвак М.Е., Миронович М.О. Как преодолеть острое горе. Ростов, 2000.
172. Яичко А.Е. Подростковая психиатрия. Л., 1985.

173. Личко А.Е. Типы акцентуации характера и психопатии у подростков. М., 1999.
174. Лоренц К. Агрессия (так называемое зло). М., 1994.
175. Лукас К. Сейден Г.М. Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства. М., 2000.
176. Лушев Н.Е. Прогнозирование суицидального риска больных алкоголизмом // Комплексные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. М, 1986. С. 131-136.
177. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ — найти согласие с жизнью // Московский психотерапевтический журнал, 2001. № 1.
178. Любан-Плюцка Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб., 2000.
179. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. М., 1998.
180. Мазур Е. Гештальт-подход при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим при землетрясении // Московский психотерапевтический журнал, 1994. № 3.
181. МакДугалл Дж. Театр души. Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. СПб., 2002.
182. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. СПб., 2003.
183. Мартин М, Ремшмидт Х. Нарушения сексуального развития и сексуального поведения // Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидт. М., 2000. С 331-343.
184. Матвеев В.ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. М., 1987. Ёйник Э.И. О природе болезней зависимости (алкоголизм, наркомания, «компью- ТеРомания» и другие). Одесса, 1998.
185. ввщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. М., 2002.
186. Меннингер К. Война с самим собой. М., 2000.
187. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии. М., 2001.
188. Мизрухин И.А., Лившиц СМ. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза // 4-й
189. Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1963. Т. 1. С. 494-496. Михневич В.О. Язвы Петербурга. СПб., 1886. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М., 2001.
190. Моховиков А. Суицидальный клиент: взгляд гештальт-терапевта // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001. С. 453-462.
191. Мэнделл Дж. и др. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие. М., 1998.
192. Мягер В.К. Профилактика суицидов при пограничных состояниях // Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983. С. 143-146.
193. Некрасова Е.А. Краткий справочник по психотерапии. Ростов-на-Дону, 2003.
194. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М., 1987
195. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М., 1988.
196. Ницше Фр. Эссе homo. Человеческое, слишком человеческое // Ницше Фр. Соч. в двух томах. Т. 2. М., 1990.
197. Овчаренко В.И. Под знаком деструкции // Логос, 1994. № 5.
198. Овсянников С.А. О роли психического инфантилизма как суицидогенного фактора при психопатии // 3-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. М., 1974. Т. 2. С. 320-322.
199. Ольхин П. О самоубийстве в медицинском отношении. СПб., 1859. Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. М., 1993. Павлов И.С. Психотерапия в практике. М., 2003.
200. Палеев Н.Р. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник Российской Академии медицинских наук, 1998. № 4.
201. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. М., 1999.
202. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Межкультуральные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни. М., 1996.
203. Пелипас В.Е. Суицидальные явления в клинике некоторых форм психопатии: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1971. Пелипас В.Е. О начальных этапах развития стойких суицидальных тенденций у психопатических личностей // 4-й съезд невропатологов и психиатров. М., 1980. Т. 1. С. 489-492.
204. Пепеляева Т.И Суицидоопасные состояния при шизофрении и их возрастные особенности // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. М., 1989. С. 98-102.
205. Перри Г. Как справиться с кризисом. М., 1995.
206. Пинель Ф. Врачебно-философское описание душевных болезней. СПб., 1889.
207. Плутарх. Слово утешения к жене // Московский психотерапевтический журнал, 1994, № 4.
208. Повереннова А.Г. Подростковый телефон доверия. Одесса, 1999. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред.
209. Смулевича А.Б. М., 2000. Покрасс М.Л. Активная депрессия. Добрая сила тоски. Самара, 2001.
210. Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в системе комплексной превенции самоубийств: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1989.
211. Полеев А.М. Психотерапия с помощью состояний измененного сознания в суицидологической практике // Социальная и клиническая психиатрия, 1994, № 3.
212. Полищук Ю.И. О спорном понимании самоубийства как психологического явления // Вопросы психологии, 1994. № 1.
213. Полмайер Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. М., 1998. С. 681-718.
214. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). Л., 1990.
215. Полякова И.В. Особенности ситуационных реакций и психогенных депрессий в суицидологической практике: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1987.
216. Полякова И.В. Терапия и реабилитация лиц с ситуационными реакциями и психогенными депрессиями, совершивших суицидальную попытку // Методические рекомендации. М., 1988.
217. Полякова И.В., Ордынская А.Б. Оказание помощи лицам с суицидальным поведением в широкой медицинской практике // Методические рекомендации. М., 1992.
218. Попов П.М. Клинические особенности и судебно-психиатрическая оценка психопатических личностей с суицидальными тенденциями // Практика судебно-пси-хиатрической экспертизы. М., 1972. Вып. 20. С. 79-86.

219. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1994. № 1,
220. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб., 2000.
221. Поставалова Л.И. Вопросы изучения и профилактики самоубийств в работах дореволюционных исследователей // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984. С. 26-35.
222. Поставалова Л.И. Распространенность самоубийств в СССР // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М., 1989. С. 124-133. Поттер-Эфрон Р.Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М., 2002.
223. Прозоров Л.А. Самоубийства в С.-Петербурге в 1911 — 1912 ... Причины и меры противодействия им. СПб., 1913.
224. Прозоров Л.А. Профилактика и терапия самоубийства // Сборник, посвященный 40-летию научной деятельности Г.И. Россоломо. Ы-, 1925. С. 47-55.
225. Процык В.А. К типологии суицидального поведения в клинике основных форм психических болезней // Врачебное дело, 1984. № 5.
226. Психиатрия / Под ред. Шейдера Р. М., 1998.
227. Психогенные реакции у онкологических больных. Л., 1983.
228. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. Даулинга С. М., 2000.
229. Психология смерти и умирания: Хрестоматия. Минск, 1998.
230. Пузько В. «Печаль моя светла...» (феноменология печали в творчестве А.С. Пушкина) // Московский психотерапевтический журнал, 1999. № 3-4.
231. Пурич-Пейякович Ю., Дуньич-Душан Й. Самоубийство подростков. М., 2000. Пушкарев А.Л. и др. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М., 2000.
232. Пэрриш-Харра К.У. Смерть и умирание: новый взгляд на проблему. М., 2003. Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. М., 1988.
233. Райхер ИМ. К вопросу о самоубийстве. Медико-психологический очерк. Вильна, 1904.
234. Ранкур-Лаферрьер Д. Рабская душа России. Проблема нравственного мазохизма и культ страдания. М., 1996.
235. Рейну отер Дж. Это в ваших силах. М., 1992.
236. Решетников ММ. Влечение к смерти // Рязанцев С. Танатология. Наука о смерти. СПб., 1994.
237. Решетников ММ. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб., 2003. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994. Розанов П.Г. О самоубийстве. М., 1881.
238. Ромек ВТ. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. СПб., 2002 Ромек В., Ромек Е. Тренинг наслаждения. СПб., 2003.
239. Руженков В.А. Организация и принципы работы психиатра в соматическом стационаре // Методические рекомендации. М., 1994.
240. Руководство по предупреждению насилия над детьми / Под ред. Асановой Н.К. М., 1997.
241. Руководство по телефонному консультированию. Метро Крайсис Лайн. Портленд (США). Щелково, 1996.
242. Рязанцев С Танатология — наука о смерти. СПб., 1994.
243. Саймон К., Саймон С. Психотерапия рака. СПб., 2001.
244. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. М.-СПб., 1999.
245. Самоосина Т.В. Клиническое и социально-психологическое исследование лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами, совершивших попытку к самоубийству: Автореф. дис. ... канд. мед. наук Л., 1982.
246. Семичев СБ. Острые аффективные суицидальные реакции у мужчин // Психические заболевания. Л., 1970. С. 144-154.
247. Семичев СБ., Смирнова Н.С Острые аффективные реакции у женщин // Психические заболевания. Л., 1970. С. 154-160.
248. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя // Журнал практического психолога, 2001. № 1-2.
249. Сикорский И.А. Психическое состояние перед самоубийством // Вопросы нервно-психической медицины. К., 1896. Т. I, раздел 3. С. 1-22.
250. Сикорский И.А. Учебник психиатрии. К., 1910.
251. Скибина Г.А. Возрастные особенности суицидоопасных состояний у психопатических личностей // VI Всероссийский съезд психиатров. М., 1990. С. 174-175.
252. Скибина Г.А., Полякова И.В. Медикаментозная терапия в системе купирования кризисных состояний // Методические рекомендации. М., 1990.
253. Скиннер Р., КлиизДж. Жизнь и как в ней выжить. М., 2001. Смит М. Тренинг уверенности в себе. СПб., 2000.
254. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М., 2001. Смулевич А.Б. и др. Депрессии у соматических больных. М., 1997. Самохвалов В.П. Людомания и компьютерная болезнь // Психический мир будущего. Симферополь, 1998. С. 377-386.
255. Соловейчик М.Я. Кризис и основы кризисной интервенции // Мастерство психологического консультирования / Под ред. А.А. Бадхена и А.М. Родиной). СПб., 2002. С. 82-96.
256. Старшенбаум Г.В. Клинико-экспериментальная оценка образных переживаний, внушенных в гипнозе // Вопросы клинической и социальной психоневрологии. М., 1976. С. 99-106.
257. Старшенбаум Г.В. Психопатологический анализ образных переживаний, внушенных в гипнозе // Вопросы клинической и социальной психоневрологии. М., 1976. С. 113-122.
258. Старшенбаум Г.В. Групповая психотерапия пациентов с суицидоопасными реакциями // Комплексные исследования в суицидологии. М., 1986.
259. Старшенбаум Г.В. Программа реадaptации лиц с суицидоопасными реакциями // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Л., 1986. С. 132-134.
260. Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии. Методические рекомендации. М., 1987.
261. Старшенбаум Г.В. Возрастные аспекты кризисной психотерапии // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М., 1989. С. 120-124.
262. Старшенбаум Г.В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями: Автореф.... канд. мед. наук. М., 1991.

263. Старшенбаум Г.В. Любовь против одиночества. М., 1991.
264. Старшенбаум Г.В. Психотерапия острого горя // Социальная и клиническая психиатрия, 1994. Т. 4. № 3.
265. Старшенбаум Г. В. Гипноз и аутотренинг // Твое здоровье, 1995. № 1. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. М., 2003. Старшенбаум Г.В. Сексуальная и семейная психотерапия. М., 2003.
266. Старшенбаум Г.В., Гилод В.М. Место гипносуггестивных методов в терапии лиц с конфликтом зависимых отношений // Социальная и клиническая психиатрия, 1994, № 2.
267. Старшенбаум Г.В. и др. Психотерапевтическая реадaptация суицидентов в условиях кризисного стационара // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984.
268. Старшенбаум Г.В. и др. Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара // Методические рекомендации. М., 1986.
269. Старшенбаум Г.В. и др. Дифференцированная психокоррекционная и медикаментозная терапия суицидоопасных пограничных транзиторных состояний у лиц с конфликтом зависимых отношений // Методические рекомендации. М., 1994.
270. Старшенбаум Г.В. и др. Психологические аспекты одиночества и методы психотерапевтической помощи // Методические рекомендации. М., 1995.
271. Степанов С.С. Как помочь себе выйти из кризиса. М., 2001.
272. Столору Р. и др. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. М., 1999.
273. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001.
274. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., 2001. Тарасов Е.А. Как победить стресс. М., 2002.
275. Тереховко Ф.К. К вопросу о самоубийстве в Санкт-Петербурге за 20-летний период
276. (1881-1900 гг.): Дис.... докт. медицины. Гатчина, 1903. Тимченко О.В., Шапар В.Б. По обе стороны закона. Криминальная психология.
277. Харьков, 1999. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы
278. суицидологии. М., 1978. С. 59-71.
279. Тихоненко В.А. Дурное А.Н. Методика обследования суицидентов с помощью «суицидологической карты» // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 218-238.
280. Трайнина Е.Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями // Методические рекомендации. М., 1987.
281. Трайнина Е.Г. Наркологические аспекты суицидологии // Методические рекомендации. М., 1990.
282. Трегубое Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь, 1993.
283. Три взгляда на случай Эллен Вест: Л. Бинсвангер, Р. Мэй, К. Роджерс // Московский психотерапевтический журнал, 1993. № 3.
284. Тэхкэ В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход. М., 2001.
285. Федотов ДД., Чудин А.С., Саркисов С.А. Суицидальный синдром при психогенных заболеваниях // 3-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. М., 1974. Т. 2. С. 382-384.
286. Федотов ДД., Чудин А.С., Саркисов С.А. Суицидальные тенденции при психопатиях и психогенных заболеваниях // Актуальные вопросы социальной психиатрии и пограничных нервно-психических расстройств. М., 1975. С. 141-145.
287. Федотов ДД., Чудин А.С., Саркисов С.А. О реактивно обусловленных суицидальных попытках в детском, подростковом и юношеском возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1978. Т. 78. № 10.
288. Фельцман О.Б. К вопросу о самоубийстве // Психотерапия, 1910, № 6. С. 227-243. Феноменов МЛ. Причины самоубийств в русской школе. М., 1914. Франк Л.В. Виктимология и виктимность. М., 1972. Франки В. Теория и терапия неврозов. СПб., 2001. Франки В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
289. Фрейд З. Анализ конечный и бесконечный // Московский психотерапевтический журнал, 1996. № 2.
290. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М, 2001. С. 225-269.
291. Фрейд З. Письма к невесте. М., 1994.
292. Фрейд З. По ту сторону принципа наслаждения // Рязанцев С. Танатология — наука о смерти. СПб., 1994.
293. Фрейд З. «Я» и «ОНО» // «Я» и «ОНО». Труды разных лет. Кн. 1. Тбилиси, 1991.
294. Фриедман БД. Деструктивные влечения в эпилептоидии и психастении // Труды Психиатрической Клиники (Девичье поле). Директор П.Б. Ганнушкин. М., 1926. Вып. 2. С. 145-185 // Реферат А.В. Литвинова: Российский психоаналитический вестник, 1993-1994. № 3-4.
295. Фромм Э. Бегство от свободы. М., 1995.
296. Хааз Э. Ритуалы прощания: антропологические и психоаналитические аспекты работы с чувством утраты // Московский психотерапевтический журнал, 2000. № 1.
297. Хайд Д., Блох С. Этические аспекты работы с пациентами с суицидальными наклонностями // Этика психиатрии: Сборник статей. К., 1998. С. 185-200.
298. Хайкин В.Л. Реабилитация подростков с суицидальным поведением // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М., 1989. С. 47-52.
299. Хамитов Н.В. Философия и психология пола. К., 2001.
300. Хассен С. Освобождение от психологического насилия. СПб., 2001.
301. Хачатурян С.Д. Психологические условия эффективности функционирования
302. «Телефонов Доверия». Учебно-методическое пособие. Владимир, 2000. ХеллД. Ландшафт депрессии. М, 1999.
303. Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. М., 2001. С. 88-102.
304. Херперц-Дальман Б. Депрессивные синдромы и суицидальные действия // Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М, 2000. С. 307-321.
305. Хиллман Дж. Самоубийство и душа. М., 2004.
306. Холлис Дж. Перевал в середине пути. Кризис среднего возраста. Аналитическая психология. М., 2002.

307. Холмогорова А., Гаранян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура (на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств) // Московский психотерапевтический журнал, 1999. № 2.
308. Хорни К. Женская психология. СПб., 1993.
309. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1994. Хрестоматия по суицидологии. Киев, 1996. Хэмбли Г. Телефонная помощь. Одесса, 1992.
310. Целибеев Б.А. Психиатрическое обследование лиц, совершивших суицидальную попытку // Судебно-психиатрическая экспертиза, 1966. Т. 9. № 1.
311. Цупрун В.Е. Профилактика суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера // Методические рекомендации. М., 1986.
312. Цупрун В.Е. Терапия больных шизофренией с суицидальным поведением (возрастной аспект) // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. М., 1989. С. 102-107.
313. Цупрун В.Е. Особенности терапии больных шизофренией с суицидальным поведением // Современные методы биологической терапии психических заболеваний. М., 1994. С. 63.
314. Черепанова ЕМ. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.
315. Черепанова ЕМ. Психологический стресс: помоги себе и ребенку. М., 1997.
316. Чумаченко АЛ. Лечение эндогенной депрессии методом символдрамы // Журнал практического психолога, 1999. № 5-6.
317. Шахматов Н.Ф. Расстройства настроения пожилых, вне круга известных нервно-психических заболеваний позднего возраста // Депрессии позднего возраста. М., 1983. С. 163-171.
318. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М., 1996.
319. Шевченко Н.Ф. Работа психолога в онкологической клинике — опыт использования метода символдрамы // Символдрама. Сборник научных трудов / Под ред. Я.Л. Обухова и В.А. Поликарпова. Минск, 2001.
320. Шмидт-Хеллерау К. Влечение к жизни и влечение к смерти. Либи́до и Лета. Сводная формально-логическая модель психоаналитической теории влечений и структурной теории. СПб., 2003.
321. Шнейдман М.Р., Брегман Г.И., Гинделевич К.Х. О классификации самоубийств // Невропатология и психиатрия. Рига, 1970. С. 465-469.
322. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М, 2001.
323. Шостакович Б.В., Печерникова Т.П., Острешко В.В. Острые аффективные реакции и их судебно-психиатрическое значение // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., 1974. С. 88-92.
324. Шпиц Р.А. Первый год жизни. М., 2000.
325. Шутценбергер АЛ. Драма смертельно больного человека. 15 лет работы в психодраме с больными раком // Психодрама: вдохновение и техника. М., 1997. С. 217-243.
326. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. СПб.
327. М., 2002. Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают //
328. Московский психотерапевтический журнал, 1994. № 1.
329. Эльячефф К. Затаенная боль. Дневник психоаналитика. Детский психоанализ. М., 1994. Энегольм И.И. Краткое обозрение ипохондрии и ее лечение. СПб., 1815.
330. Эриксон М. Гипнотическая техника «рассеивания» для коррекции симптомов и облегчения боли // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. Т.1. М., 1999.
331. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.
332. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.
333. Ялом И. Мамочка и смысл жизни. Психотерапевтические истории. М., 2002.
334. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.
335. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. СПб., 2000.
336. ЯнгД.И. Одиночество, депрессия и когнитивная терапия: теория и ее применение // Лабиринты одиночества. М., 1989.
337. Янкелевич В. Смерть. М, 1999.
338. Яновская М.И. Ваше слово, доктор... М., 1985.
339. Barlow D.H. Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. N.Y., 1988.
340. Baume P. et al. Cybersuicide: The role of interactive suicidal notes on the Internet // Crisis, 1997. Vol. 18. № 2. P. 73-79
341. Benedetti G. Entwicklungen in der Psychotherapie der Schizophrenie // Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat., 1981. Bd. 128. № 2. S. 239-249.
342. Blumental S.G., Kupfer D.J. (Eds.) Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. Washington, 1990.
343. Bowen M. Gleichzeitige Beobachtung und Behandlung der Familie // Psychotherapie schizophrener Psychosen. Hamburg, 1976. P. 155-177.
344. Bowlby J. Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt, 1983.
345. Brautigam W. Reaktionen: Neurosenabnorme Persönlichkeiten: Seelische Krankheiten in Grundriss. Stuttgart, 1978.
346. Brechens DM. Brief using a transaction analysis // Soc. Casework, 1972. Vol. 53. P. 173-176.
347. Brown G.W., Birley J.L., Wing Y.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders // Brit. J. Psychiat., 1972. Vol. 121. № 562. P. 241-258.
348. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. N.Y., 1974. Chad Varah. The Samaritans: Befriending the suicidal. London, 1988. Clare Sh. After suicide. Help for the bereaved. Melbourne, 1995. Colt G.H. The enigma of suicide. N.Y., 1991.
349. Drakova S., Hosek K. Rodinné prostředí v dětství a sebevražedná aktivita // Sborník Lekarský, 1985. Vol. 87. № 1. P. 29-32.
350. Esquirol E. Des maladies mentales. Paris, 1838.
351. Fairbairn W.R.D. Psychoanalytic studies of the personality. London, 1952.
352. Farberow N (Ed.). The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior. N.Y., 1985.
353. Farberow N.L., Shneidman E.L. The cry for help. N.Y., 1961.
354. Feierstein A. et al. A crisis model for inpatient hospitalization // Current Psychiatric Therapies, 1971. № 11. P. 183-190.
355. Friedman H., Rosenman R. Type A behavior and your heart. N.Y., 1974. Golan N. Treatment in crisis situations. N.Y., 1978.

356. Goldney R.D. Attempted suicide in young women: Correlates of lethality // Brit. J. Psychiat., 1981. Vol. 139. № 5. D. 382-390.
357. Hamilton L, Masekar D. Counseling the bereaved. Caregiver handbook. Calgary, 1995. Hendin H. The psychodynamics of suicide // J. Nerv. Ment. Dis., 1965. Vol. 136. P. 236-247.
358. Hamburger F. Psychopathologie des Kindesalter. Berlin, 1926.
359. Iga M. Personal situation as a determinant of suicide and its complications for cross-cultural studies // Anthropology and mental health. Setting a new course. The Hague, 1976. P. 37-47.
360. Jacobs D. (Ed.) Suicide in clinical practice. Washington, 1992.
361. Jacobson E. Depression. N.Y., 1971.
362. Kerkhof A.J. et al. Attempted suicide in Europe. Leiden, 1994.
363. Kielholz P., Poldinger W., Adams A. Die larvierte Depression. Koln, 1981.
364. Klopfer B. Suicide: The Jungian point of view // The cry for help. N.Y., 1961. P. 193-204.
365. Klerman G.L. (Ed.). Suicide and depression among adolescent and young adults. Washington, 1986.
366. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.Y. Interpersonal psychotherapy of depression. N.Y., 1984.
367. Kreitman N., Chowhury N. Distress behavior: A study of selected Samaritan clients and parasuicides // Brit. J. Psychiat., 1973. Vol. 123, July. P. 1-14.
368. Lange A., Jakubowski P. Responsible assertive behavior. Champaign, 1976. Lasogga F., Gasch B. Psychische erste Hilfe bei Unfällen. Wien, 1997. Laughlin H.P. The neuroses. N.Y., 1967.
369. Leenaars A.A., Wenckstern S. Suicide prevention at school: The art, the issues and the pitfalls // Crisis, 1999. Vol. 20. № 3. P. 132-142.
370. Lester G., Lester D. Suicide. N.Y., 1971.
371. Lewinsohn P.M. A behavioral approach to depression // Friedman R.M., Katz M.M. (Eds.). The psychology of depression: Contemporary theory and research. Washington, 1974.
372. Lewinsohn P.M. The behavioral study and treatment of depression // Hersen M. et al. (Eds.). Progress in Behavior Modification, Vol. 1. N.Y., 1975.
373. Lieberman R.P. et al. Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an der Gemeinschaft // Bewältigung der Schizophrenie. Bern, 1986. P. 96-112.
374. Liebling A. Suicides in prison. London, 1992.
375. Lids R., Lids T. Loslösung aus Symbiotischer Elternbeziehung // Psychotherapie schizophrener Psychosen. Hamburg, 1976. S. 96-104.
376. Litman R.E. Sigmund Freud on suicide // Bulletin of Suicidology, 1968. P. 11-23. Mishara B.L. Suicide, euthanasia and AIDS // Crisis, 1998. Vol. 19. № 2. D. 87-96.
377. Morgan H.G. et al. Deliberate self-harm: A follow-up study of 279 patients // Brit. J. Psychiat., 1976. Vol. 128. P. 361-368.
378. Neuringer Ch. Contemporary advances in the study of suicidal thinking // Suicidology: Contemporary advances. N.Y., 1970. P. 229-252. /imeparypa
379. Nydes Y. The paranoid-masochistic character // Psychoanalytic Review, 1963. Vol. 50. P. 215-251.
380. Pohlmeier H. Selbstmord und Selbstmordverhütung. München, 1978.
381. Rado S. The psychic effect of intoxicants: An attempt to evolve a psychoanalytic theory (of morbid craving // Internat. J. Psychoanal., 1926. № 7. P. 396-413.
382. Rado S. The psychoanalysis of pharmacothymia // Psychoanal. Quart, 1933. № 2. P. 1-23. j Ramsey R.F. et al. (Eds.). Suicide intervention handbook. Calgary, 1994.
383. Rappoport L. The state of crisis: some theoretical considerations // Social Service Review, 1962. Vol. 36. № 2. P. 212-217.
384. Reik T. Masochism in modern man. N.Y., 1941.
385. Ringel E. Der Selbstmord. Abschluss einer Krankhaften psychischen Entwicklung. Wien, 1953.
386. Ringel E. The presuicidal syndrome // Suicide and Life-Threatening Behavior, 1976, Vol. 6. № 3. P. 131-149.
387. Seligman M.E.P. Helplessness. San Francisco, 1975.
388. Silverman M.M., Mans R.W. (Eds.) Suicide prevention toward the year 2000. N.Y., 1995.
389. Strupp H.H. Psychoanalysis, «Focal psychotherapy» and the nature of the therapeutic influence // Arch. Gen. Psychiatry, 1975. Vol. 32. № 1. P. 127-135.
390. Summit R. Beyond belief. The reluctant discovery in incest // Kirpatrick M. (Ed.) Women in context. N.Y., 1981.
391. Vaughn C., Leff J.P. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness // Brit. J. Psychiat., 1976. Vol. 129. № 2. P. 125-137.
392. Varnik A. Suicide in the Baltic countries and in the former republics of the USSR. Stockholm, 1997.
393. Wolf R., Graf Th., Wedler H.L. Über die Änderung der Lebenssituation nach Suicid-versuchen // Med. Welt., 1959. Bd. 30. № 39. S. 1431-1435.
394. Wolk-Wasserman D. Attempted suicide — The patient's family, social network and therapy. Stockholm, 1986.
395. Wolpe J. The practice of behavior therapy. N.Y.-i 1960.