

ОБЗОРЫ

© Федотов И.А., Шитов Е.А., Куликов С.О., 2015
УДК 616-082.5

**ЛЕЧЕНИЕ КЛИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
В РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МОДАЛЬНОСТЯХ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

И.А. ФЕДОТОВ, Е.А. ШИТОВ, С.О. КУЛИКОВ

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань

**TREATMENT CLIENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR
IN VARIOUS PSYCHOTHERAPEUTIC MODALITY
(LITERATURE REVIEW)**

I.A. FEDOTOV, E.A. SHITOV, S.O. KULIKOV

Ryazan State Medical University, Ryazan

В статье приводится обзор литературных данных о понимании суицидального поведения и тактике его лечения в наиболее распространенных модальностях психотерапии: психоанализе, гештальт-терапии, транзактном анализе, а также в экзистенциальной, когнитивно-бихевиоральной и телесной психотерапии. Выделены наиболее общие подходы и принципы данной работы.

Ключевые слова: суицид, психотерапия.

This article an overview published data on the understanding of suicidal behavior and tactics of its treatment in the most common modalities of psychotherapy: psychoanalysis, gestalt-therapy, transactional analysis and existential, cognitive-behavioral, bodily therapy. Highlight the most common approaches and principles of this work.

Keywords: suicide, psychotherapy.

Самоубийство – это загадочный феномен человеческой психики. Несомненно, в современном цивилизованном мире проблема самоубийств является одной из самых актуальных [19]. Статистика ВОЗ показывает, что среди причин смерти молодых людей в возрасте 15-29 лет в мировом масштабе самоубийства занимают второе место. В 2012 году показатель частоты самоубийств в мире составил 11,4 на 100 000 населения, заняв 15-е место среди всех причин смерти. В России стандартизированный показатель самоубийств за 2012 год составил более 15,0 на 100 000 населения – один из самых высоких в мире. Скорее всего, реальные цифры гораздо выше, т.к. не все случаи суицида официально регистрируются [2].

Причины самоубийств, как и любых других поступков человека, могут быть различными. Депрессия является важнейшей из них. В состоянии депрессии самоубийство воспринимается как избавление от мучительного чувства отчаяния или безнадежности, боли (особенно постоянной), неизлечимого или изолирующего от общества заболевания (рак, СПИД), кажущимися безрадостными старости и будущего. Самоубийство может быть также последствием расстройства мышления при психозе, в первую очередь при шизофрении. При аддиктивных заболеваниях риск самоубийства также возрастает, что отражает

аутоагрессивный вектор развития данных заболеваний [14, 20, 23]. Хорошо известны, хотя встречаются гораздо реже, случаи принесения себя в жертву по религиозным, националистическим или политическим мотивам. Иногда такие самоубийства являются маской нераспознанного психотического состояния. При этом далеко не все суициденты страдают тяжелым психическим расстройством [12]. Самоубийство может выступать как акт мести и выражаться, например, в виде фразы «Вы пожалеете, когда я умру». Решение о добровольном уходе из жизни ввиду неизлечимой болезни или невыносимого физического или эмоционального страдания иногда называют рациональным самоубийством [17].

В настоящее время основное место в лечении аутоагрессивного поведения принадлежит психотерапии, причем данное лечение должно быть начато как можно раньше [8, 17, 22].

Целью нашей работы стало выделение на основании анализа литературных данных наиболее важных и общих принципов терапии данного состояния в различных модальностях психотерапии.

Психоанализ

S. Freud рассматривал суицид как результат влияния Танатоса, т.е. бессознательного влечения, инстинкта смерти. S. Freud высказывал мысль, что самоубийство мотивируется от-

части садистскими и враждебными чувствами. Он говорил о том, что между депрессией, самоубийством и подавлением враждебности существует взаимосвязь, которую нельзя выпускать из внимания, если мы хотим понять человека в состоянии депрессии и его склонность к самоубийству [10]. В работах других психоаналитиков суицид трактуется как следствие нарушения психосексуального развития личности вследствие отсутствия важных лиц в решающих стадиях развития, как возможность восстановления утраченного объекта любви и воссоединения с ним в фантазиях самой личности [13]. Цель лечения суицидального поведения, как и вообще в любой аналитической терапии, сводится к анализу бессознательных механизмов и мотивов, перенесению их в область осознаваемого, а, следовательно, и доступного производному контролю.

Гештальт-терапия

Невыносимая психическая, или душевная боль, порождающая страдание, может возникать при столкновении с такими ситуациями, как изоляция, одиночество или ограничение свободы и быть выражением утраты смысла жизни. Поэтому в гештальт-терапии феномен боли (psychache) занимает важное место и рассматривается как универсальный признак, указывающий на разрушение или угрозу разрушения целостности границ между организмом и средой на физиче-

ском (телесном), психическом (эмоциональном), экзистенциальном или уровне взаимоотношений с другими людьми. В гештальт-подходе психическую боль, страдание и мучение принято не рассматривать отдельно. Человек защищается от боли тем, что не допускает контакта (т.е. самоосознания), используя бессознательные механизмы интроекции, проекции, ретрофлексии, дефлексии или конфлюэнции, которые, в свою очередь, препятствуют психологическому развитию личности. Поэтому выделяют несколько векторов самоубийства, описывающих происходящие с человеком психические процессы.

Интроективный вектор самоубийства характеризуется прерыванием контакта на стадии возникновения фигуры, т.е. личность принимает чужой опыт настолько, что он заменяет собственные желания и потребности. Человеку в этом случае не просто идентифицировать «свое» и отделить его от «чужого». Опасность заключается в том, что интроекции могут подвергаться несовместимые друг с другом представления или установки, а это нередко сопровождается ограничением в возможности принятия собственного выбора и возникновением суицидального конфликта. Отличительной чертой таких клиентов является неспособность осознавать, что не вся поступающая к ним информация есть истина в последней инстан-

ции. Избегание контакта через злоупотребление интроекцией угрожает исчезновению у личности страха перед собственной смертью.

Также отвержение некоторой части своего «Я» происходит, когда индивид что-то реально принадлежащее ему приписывает окружающей среде. В частности, человек не признаёт в себе проявления аутоагрессии и не берёт ответственности за эти деструктивные чувства. Бессознательно, он начинает находить их в других людях, и, таким образом, формируется *проективный суицидальный вектор*. Чрезмерная проекция приводит к отстранённости такой личности от кажущейся ей враждебной окружающей среды. Возникшая в результате этой изоляции подавленность и депрессия зачастую приводит к самоуничтожению. Особенность таких клиентов – это склонность к наставлениям, недоверие, подозрительность и, нередко, жестокость и агрессия. В суицидальной ситуации они обычно избирают такие способы самоубийства, которые оставляют мало шансов на спасение.

При *ретрофлексии* цикл контакта прерывается непосредственно перед осуществлением конкретного действия. Ретрофлексивный вектор самоубийства характеризуется тем, что индивид оставляет большинство чувств и желаний внутри собственной личностной системы. Обычно такой человек не позволяет себе проявление

агрессии в отношении объектов, на которые она действительно направлена, а реализация этой агрессии происходит на самой личности. В беседе с терапевтом такой клиент часто говорит «себя», употребляет возвратные частицы «-ся», стремится оградиться от актуальной ситуации, однако с удовольствием ведёт диалог с самим собой как наблюдатель и наблюдаемый.

Конфлюэнтный вектор самоубийства характеризуется слиянием человека с окружающим его миром, таким образом, психическая реальность личности становится фоном. Стёртые границы между истинным «Я» и окружающей средой приводят к тому, что индивид теряет себя в происходящей ситуации. Это состояние проявляется неясными тревожными чувствами, некоторой замутнённости сознания и утратой идентичности в некоем «мы». Человек не осознаёт своих чувств и потребностей, поэтому является весьма восприимчивым к аутоагрессивным действиям. Поскольку эти суициды часто выглядят внезапными и импульсивными, конфлюэнтных клиентов следует признать одной из серьёзных групп риска. Распознать их можно по употреблению безличных форм предложений («Как-то грустно», тяжело»), местоимений «мы» или «нам» для описания своего состояния, а также выражению своих мыслей в третьем лице («Люди довольно часто оказываются в невы-

носимых ситуациях»). Обычно у таких клиентов сложно добиться желания прояснить детали травмирующей ситуации, а при их обнаружении в ходе терапии есть опасность столкнуться с агрессивными реакциями.

Задачи феноменологической диагностики боли в гештальт-терапии заключаются в распознавании векторов суицидального поведения, а также выделении определяющих боль эмоций, установок, смыслов и ценностей.

Принципы гештальт-терапии боли основаны на коррекции процессов и феноменов, связанных с актуальным суицидальным вектором данного клиента и терапевтической реконструкции боли в истории жизни, т.е. проживание основных фрустрированных мета-потребностей: в безопасности, привязанности (связанности или принадлежности) и достижении (манипуляции) [15].

Трансактный анализ

В трансактном анализе принято считать, что корни суицидального поведения закладываются в раннем детстве, когда ребёнок усваивает предписание «Не живи» от родителей и заменяющих их лиц для своего сценария [5]. Сценарии с трагическим исходом называются гамартическими [22]. Существует 3 вида исходов трагических сценариев: суицид, убийство и сумасшествие [3], которые Holloway описал как «спасательные люки» [4]. Он считал, что люди с гамартическими

сценариями оставляют за собой право прибегнуть к этим выходам в случаях непереносимых жизненных обстоятельств, более того – они поддерживают запас плохого самочувствия, чтобы сохранять доступность трагического сценария даже в ситуациях, когда ничто не угрожает их жизни [22].

Harry S. Boyd и Laura Cowles-Boyd (1980) в своей статье «Блокирование трагических сценариев» полагают, что спасательные люки нужно закрывать в процессе работы со всеми пациентами на самой ранней стадии терапии, насколько это возможно, а также важно и целесообразно закрыть все спасательные люки во время одной сессии. Для каждого люка используется одна и та же общая структура: «Я могу хотеть (убить себя, убить другого, сойти с ума), но я не сделаю этого». Авторы статьи подчёркивают роль деконтаминации Взрослого первого порядка для того, чтобы освободить процесс принятия решений пациентом от влияния чувств и решений архаического Ребёнка. Терапевты должны четко различать, когда принятие решения – результат деятельности Взрослого (В₂), а когда – результат сверхадаптации Адаптированного Ребёнка, поскольку во втором случае эффект контрактирования невысок. В качестве варианта для пациентов, у которых деконтаминация полностью не завершена, предлагается принять «ограниченный во

времени контракт» на закрытие спасательных люков. Вероятно, что при лечении пациентов, которые не могут или не хотят заключать даже ограниченный временем контракт, терапевту придётся рассматривать госпитализацию клиента [1].

Ian Stewart, обобщая имеющиеся в литературе данные по закрытию спасательных люков, выделяет две определённые терапевтические цели этой процедуры: первая – способствовать клиенту в принятии физической защиты от возможности самоубийства, убийства или умопомешательства; вторая – прямая помощь в процессе изменения сценария. По мнению Stewart, эти два терапевтических выигрыша ставят закрытие спасательных люков в ряд с самыми важными и сильными интервенциями, которые можно использовать в терапии, ведь таким образом человек добровольно выбирает жизнь, здоровье и ясный ум [6].

Экзистенциальная психотерапия

Парадоксально, но в экзистенциальной психотерапии в качестве причины, толкающей человека на совершение суицида, рассматривается страх самой смерти, и самоубийство трактуется как активный акт, дающий возможность человеку контролировать то, что властвует над ним. Таким образом, идея самоубийства предоставляет некоторую защиту от ужаса.

Вполне возможно, что предсмертные состояния играют роль ка-

тализатора в развитии личности [7]. Говоря о суицидальных клиентах, Irvin David Yalom приводит примеры, когда близкая встреча индивида со смертью (или конфронтация со смертью) оказывает позитивное влияние на человека. Он пишет, что клиенты, предпринявшие серьёзные суицидальные попытки и выжившие по чистой случайности, отмечают "изменение приоритетов", становятся более способными испытывать сострадание, больше обращены к людям, чем прежде, а некоторые стали полны трепета жизни и энтузиазма. Так как смерть затрагивает жизненный опыт человека, она играет критически важную роль в психотерапии. Irvin D. Yalom утверждает, что жизнь и смерть находятся во взаимозависимых отношениях: физически смерть уничтожает человека, но сама идея, сознание смерти спасает его, обостряет чувство жизни и радикально меняет взгляд на нее. Смерть действует как катализатор перехода из одного состояния бытия в другое, более высокое – из состояния, в котором мы задаемся вопросом о том, каковы вещи, в состоянии потрясенности тем, что они есть. Задача терапевта состоит не в обеспечении клиента опытом конфронтации со смертью, а в помощи осознать этот опыт, которым, по мнению Irvin D. Yalom, проникнуто всё вокруг самого клиента. Также при работе с высоко суицидальными клиентами для уменьшения

их суицидального риска Irvin D. Yalom призывает терапевтов потребовать с этих клиентов некоторой степени принятия ответственности. Это достигается через заключение «противосуицидного пакта», в котором пациент обязуется не предпринимать суицидальных попыток в течение оговоренного периода времени [24].

А. Längle рассматривает суицид с экзистенциально-аналитической точки зрения как симптом, который соответствует внутренней установке по отношению к жизни. Когда человек негативно оценивает свою жизнь и считает её обузой для других, она становится источником непреодолимой вины, а суицид представляется логичным итогом подобных переживаний. Негативная фундаментальная ценность ведет не только к деструктивным чувствам, но и к персональной установке, которая содержит в себе решение против жизни. Таким образом, человек следует за своей психической реальностью и за своими убеждениями, т.е. суицид представляется индивиду истинно нравственным внутри рамок его отношений.

Важно попросить клиента не причинять себе вреда хотя бы на определённый промежуток времени. Это позволит терапевту выявить скрытые мотивы суицидальных мыслей, а также сфокусировать клиента на понимании ситуации, укрепить его убеждение в фундаментальной ценности жизни.

А. Längle также предлагает методику V. Frankl, основателя логотерапии, основанную на выявлении того, как пациент соотносится со смыслом [11]. V. Frankl назвал утрату смысла главным фактором риска суицида [22]. Если пациент видит смысл в своей жизни, то это уменьшает возможность совершения суицида, если же он такого смысла не видит, то ничто не сможет его удержать. Смысл – важное вспомогательное средство (hilfsmittel) в преодолении суицидальности [11]. Осознание и ощущение смысловых взаимосвязей является важнейшим ресурсом для формирования воли к жизни [9].

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия

Совместное с клиентом выявление оснований для продолжения жизни стало одной из важных составляющих современного протокола когнитивной терапии пациентов с риском совершения суицида. Суицидальный кризис определяется в когнитивной психотерапии как совершение попытки суицида или острые наплывы суицидальных мыслей и желаний. Именно для пациентов, переживших или переживающих такой кризис, был создан протокол, сфокусированный на мыслях и поведении, вызывающих суицидальный кризис. Выделяется острая (на основе антикризисного протокола) и продолжающаяся (связанная с другими проблемами) фаза

работы. Согласно когнитивной теории, в основе суицидального поведения лежит определённая запускающая его когнитивная схема, которая ведёт к активизации соответствующих когнитивных процессов: повышенному вниманию к провокаторам суицидального поведения и фиксации на мысли, что самоубийство – единственное решение проблемы. Охваченность такими мыслями – важный признак суицидального кризиса. К задачам терапии в кризисной фазе относятся мотивация к лечению, разработка «плана безопасности», который представляет собой систему средств для совладания с суицидальным кризисом (например, описание совладающих приёмов, которые может использовать сам пациент, определение круга людей, с которыми он может связаться для обсуждения своего состояния во время кризиса), а также формулировка целей лечения. Важный итог начального этапа – договорённость о предотвращении попыток суицида. Задачей следующего этапа является когнитивно-переструктурирование. Терапевт проблематизирует убеждения клиента в безнадёжности ситуации и строит модели привлекательного будущего через 1 год, или 10-15 лет, когда текущие жизненные проблемы, вызывающие сейчас столь острую реакцию, смягчатся или вовсе будут разрешены. Задачами завершающей фазы лечения являются составление плана

предотвращения кризиса, фиксация всех достигнутых в процессе терапии положительных сдвигов и закрепление навыков собственного совладания с кризисом [21].

Телесно-ориентированная психотерапия

Работа с депрессией и суицидальными тенденциями возможна и на телесном уровне. К примеру, Marion Rosen, основательница так называемого «розен-метода терапии», описывает типичную депрессивную позу человека: грудь впалая, плечи направлены вперёд, голова также немного наклонена вперёд. Получается, что верхняя часть тела становится проваленной, а сердце защищенным, дыхание при этом очень поверхностное. Выражаясь метафорически, защита сердца оберегает человека от болезненных и мучительных эмоций, но при этом закрывает его от контакта с другими людьми и не позволяет соприкоснуться со своим собственным чувством любви, что вызывает ощущение подавленности и изоляции.

Розен-практики работают на мышцах вокруг сердца спереди и сзади – это диафрагма и мышцы, распрямляющие позвоночник. Основные правила метода: прикасаться мягкой рукой, позволять проявляться дыханию, одновременно идти вглубь бессознательного, доступ к которому возможен через прикосновение. Важно работать с дыханием человека: ко-

гда оно сможет перейти в верхнюю часть груди, человек, скорее всего, почувствует себя радостным и любящим. Особенность метода заключается в том, что роузен-практики находят напряжённые участки тела и позволяют им расслабиться, одновременно с этим раскрываются истинные чувства человека. С помощью роузен-метода люди преображаются и, по видимому, не забывают это чувство открытости, даже если снова впадают в депрессию [18].

Заключение

Несмотря на всё разнообразие психотерапевтических подходов к работе с суицидальными клиентами, прослеживаются некоторые общие особенности:

1. Необходимо незамедлительное начало терапии – кризисная интервенция.

2. В первую очередь необходимо обеспечить безопасность клиента. С этой целью необходимо заключить договорённость с клиентом о том, что он не будет совершать никаких аутодеструктивных действий на всём протяжении терапии. В некоторых психотерапевтических направлениях такое соглашение между терапевтом и клиентом носит особое название: в транзактном анализе – «антисуицидальный контракт», в экзистенциальной терапии – «противосуицидальный пакт». Так как речь идёт об угрозе жизни че-

ловека, психотерапевту следует проявлять директивность при заключении такого рода договорённости, а при невозможности это сделать – решать вопрос о госпитализации клиента, при которой контроль аутоагрессивного поведения будет перенесен «во вне» и возложен на персонал клиники.

3. Процесс терапии суицидальных клиентов включает в себя выявление и анализ мотивов совершения самоубийства, проработку чувств, с которыми обратился человек, а также укрепление его веры в существование смысла продолжения жизни.

4. Вопрос выбора метода психотерапии в каждом конкретном случае остается открытым, все методы одинаково эффективны, потому предпочтительнее выглядит интегративный системный подход.

Литература

1. Boyd H.S. Blocking Tragic Scripts [Text] / H.S. Boyd, L. Cowles-Boyd // TAJ. – 1980. – Vol. 10, №3. – P. 227-229.

2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva, 2014. – 97 p.

3. Haiberg G. Destiny and Script Choices [Text] / G. Haiberg, W.R. Selfness, E. Berne // Transactional Analysis Bulletin. – 1963. – №2. – P. 59.

4. Holloway W.H. Shut the Escape Hatch: monograph IV [Text] / W.H. Holloway. – Ohio, 1973.

5. Lester D. Psychotherapy for suicidal clients [Text] / D. Lester // *Death Studies*. – 1994. – Vol. 18. – P. 374.
6. Steward I. Closing Escape Hatches: Always Therapeutic, Never Routine [Text] / I. Stewart // *The Script*. – 2001. – №5. – P. 5.
7. Ахмедов Т.И. Практическая психотерапия [Текст] / Т.И. Ахмедов. – М.: Эксмо, 2008. – 752 с.
8. Ваулин С. Терапия суицидального поведения [Текст] / С. Ваулин // *Врач*. – 2011. – №14. – С. 72-74.
9. Кривцова С. С собой и без себя: практика экзистенциально-аналитической психотерапии [Текст] / С. Кривцова, С. Лэнгле. – М.: Генезис, 2009. – С. 263-276.
10. Лоуэн А. Депрессия и тело: пер. с англ. [Текст] / А. Лоуэн. – М.: Психотерапия, 2010. – 312 с.
11. Лэнгле А. Дотянуться до жизни... Экзистенциальный анализ депрессии: пер. с нем. [Текст] / А. Лэнгле. – М.: Генезис, 2010. – 128 с.
12. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь близким [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2009. – 192 с.
13. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями [Текст] / В.Ю. Меновщиков. – М.: Смысл, 2013. – 191 с.
14. Меринов А.В. Современные взгляды на феномен созависимого поведения при алкогольной зависимости (обзор литературных данных) [Текст] / А.В. Меринов, Д.И. Шустов, И.А. Федотов // *Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова*. – 2011. – №3. – С. 136-141.
15. Моховиков А.Н. Психическая боль: природа, диагностика и принципы гештальт-терапии [Электронный ресурс] / А.Н. Моховиков // *Московский Гештальт Институт*. – Режим доступа: <http://www.gestalt.ru/> (дата обращения: 20.11.2014).
16. Пирогова О.Н. Глубинно-психологические источники субъективных мотивов суицидального поведения [Текст] / О.Н. Пирогова // *Уральский медицинский журнал*. – 2007. – №4. – С. 3-6.
17. Психиатрия: пер. с англ. [Текст] / под ред. Р. Шейдера. – М.: Практика, 1998. – №6. – 485 с. (Сер.: «Зарубежные практические руководства по медицине»).
18. Розен М. Работа с телом в розен-методе: доступ к бессознательному через прикосновение [Текст]: пер. с англ. / М. Розен, С. Бреннер. – М.: Психотерапия, 2013. – 144 с.
19. Салимурзаева Е.А. Суицид в историческом развитии человечества [Текст] / Е.А. Салимурзаева // *Вестник Московского Государственного гуманитарно-экономического института*. – 2011. – №3. – С. 74-81.
20. Сафронова А.В. Распространенность употребления психоактивных веществ среди юношей и деву-

шек, обучающихся в высших учебных заведениях / А.В. Сафронова, А.В. Меринов // Наука молодых – Eruditio juvenium. – 2014. – №3. – С. 109-113.

21. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] / А.Б. Холмогорова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – №2 (19). – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 23.11.2014).

22. Шустов Д.И. Руководство по клиническому транзактному анализу [Текст] / Д.И. Шустов. – М.: Когнитивный Центр, 2009. – 367 с.

23. Шустов Д.И. Алкогольные парасуициды: клиническая типология и особенности острого похмельного статуса [Текст] / Д.И. Шустов // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2000. – №1-2. – С. 50-55.

24. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия [Текст]: пер. с англ. / И. Ялом. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 576 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Федотов Илья Андреевич – ассист. кафедры психиатрии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.

Телефон: +7(920) 950-98-69.

E-mail: ilyafdtv@rambler.ru

Шитов Евгений Александрович – канд. мед. наук, доц. кафедры психиатрии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.

Куликов Сергей Олегович – студент лечебного факультета ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.