

Глава 9

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

Самоубийство (суицид) — осознанное лишение человеком себя жизни.

Исторически первыми формами самоубийств были так называемые ритуальные самоубийства. Это установили археологи, изучавшие гробницы древних царей Шумера и Аккада (третье тысячелетие до н. э., территория современного Ирака). В последний путь властителя сопровождали воины его личной охраны, принимавшие смертельный яд и навеки застылавшие у врат вечности...

В древней Индии жестокий обычай предписывал женщинам высших каст бросаться в погребальный костер своего мужа...

У древних кельтов, населявших во втором — первом тысячелетии до н. э. значительную часть современной Западной и Центральной Европы, доживание до немощной старости считалось позором для воина. Одряхлевшие кельтские воины сосались в пропасть со скал...

История античного мира рассказывает нам о ряде самоубийств знаменитых людей того времени.

Като Утический (46 г. до н. э.) в знак протеста против едновластия Юлия Цезаря и гибели Римской республики; Марк Юлий Брут, организатор убийства Цезаря, после поражения в битве при Филиппах (42 г. до н. э.); Марк Антоний, сокрушенный в гражданской войне Октавианом Августом (30 г. до н. э.), бросились на собственные мечи — «и что ж осталось от сильных, гордых сих мужей, столь полных волею страстей?» (А. С. Пушкин. Полтава).

Помимо причин политического характера, история повествует о самоубийствах как реакции на катастрофический стресс (престарелый римский император Гордиан

покончил с собой, узнав о гибели единственного сына-наследника (238 г. н. э.)), а также вследствие явных проявлений психопатологии (греческий философ Эмпедокл, по словам Диогена Лаэртского, бросился в огнедышащее жерло вулкана Этны — «этим он хотел укрепить молву, будто он сделался богом»).

Немалую роль в широкой распространенности самоубийств в Римской империи сыграл обычай, согласно которому провинившиеся должностные лица своей добровольной смертью как бы «искупали вину» и судебное преследование уже не грозило их семьям (Булацель, 1900).

С распространением христианства отношение к самоубийствам резко изменилось. Самоубийство всеми христианскими конфессиями рассматривается как тяжкий грех, вызов Божественному правосудию. Самоубийц запрещалось хоронить в освященной кладбищенской земле, их родственники подвергались всеобщему моральному осуждению. Эти взгляды проникли как в народный фольклор (самоубийцы, не найдя вечно о покоя, превращаются в оборотней, вампиров, русалок и т. п.), так и в классику Раннего Возрождения. Дядя Астигьери повествует об участии самоубийц в «Божественной Комедии» (песнь тринадцатая):

Когда душа, ожесточась, торчит
Самоуправно об обочку, тогда,
Минос ее в седьмую бездну шлет.

«Седьмая бездна» — седьмой круг ада, где томятся «насилыники над собою». Самоубийцы в аду не найдут покоя и после воскресения мертвых:

Пойдем, и мы за нашими телами,
Но их мы не наденем в Судный день:
Не наше то, что сбросили мы сами.
Мы их притащим в сумрачную сень,
И плоть повиснет на кусте колючем,
Где спит ее безжалостная тень.

И другие религиозные конфессии (ислам, иудаизм) также гневно осуждают самоубийство. Особенно преуспел в «профилактике самоубийств» ислам: в мусульман-

ских странах (Египте, Иране, Пакистане и др.) уровень самоубийств — один из наиболее низких в мире.

В средневековой Японии ритуальное самоубийство — «сэппуку» — являлось одним из способов смыть нанесенное оскорбление в случаях, когда невозможно было ответить противнику мечом. Оскорбленный самурай, нередко на глазах недостигаемого противника, вскрывал мечом свой живот. Его оруженосец, для облегчения мук несчастного, отрубал ему голову. «Последний самурай» — японский писатель Юкио Мисима — покончил с собой таким «традиционным» способом в 1970 году, после неудавшейся попытки военного переворота с целью свержения «продажного проамериканского правительства». Японский генерал, захваченный Мисимой в заложники, тщетно пытался отговорить своего «тохитителя» от столь «бесчеловечного поступка».

Необходимость углубленного изучения причин самоубийств, покушений на самоубийство и разработки действенных мер их профилактики в настоящее время не подлежит сомнению как с точки зрения социальной значимости проблемы, так и в свете статистических данных.

По данным ВОЗ (1998), ежегодно в мире кончают жизнь самоубийством более 820 тыс. человек, из них около 20% приходится на подростковый и юношеский возраст (для сравнения: в автокатастрофах гибнет около 840 тыс. человек). Число же суицидальных действий значительно больше и исчисляется миллионами.

За последние 15—20 лет число самоубийств в возрастной группе от 15 до 24 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах стоит на 2—3-м месте. Во многих регионах мира отмечается связь роста самоубийств с повышением уровня урбанизации (Бородин, Михлин, 1983).

По данным ВОЗ, в большинстве стран Европы и Северной Америки самоубийство входит в первую десятку причин смерти. Уровни самоубийств в экономически развитых странах колеблются от 8 до 46,5 человека на 100 тыс. населения в год (Haghighat, 1997). Уровни, превы-

шающие 20 человек на 100 тыс. населения в год, считаются высокими.

В Республике Беларусь самоубийство как причина смерти занимало в 1990-х годах 4-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований и болезней органов дыхания. В 1996 г. уровень суицидов составил 35,3 человека на 100 тыс. населения (Ласый, 1999). Среди государств, ранее входивших в состав Советского Союза, по уровню суицидов Беларусь в 1993 г. занимала 5-е место после Латвии, Литвы, Эстонии и Российской Федерации (Lester, 1998).

Суицидальных попыток совершается, как правило, в 8—10 раз больше, чем самоубийств. Если суициды в 3—4 раза чаще регистрируются у мужчин, то суицидальные попытки (парасуициды) — у женщин. Риск суицида увеличивается в возрасте после 45 лет, риск суицидальной попытки выше в молодом возрасте — до 30 лет.

Самоубийства и покушения на них наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. Экономические потери связаны с необходимостью применения неотложных квалифицированных терапевтических мероприятий, временной нетрудоспособностью и инвалидностью пострадавших.

ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ОБЪЯСНЯЮЩИЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Стремление осмыслить природу суицидов, дать этому явлению какое-то теоретическое обоснование уходит своими корнями в глубокое прошлое (Булацель, 1900). Но и в настоящее время нет единой теории, объясняющей природу суицидов. Можно говорить только об отдельных теоретических концепциях этой проблемы.

Условно выделяют три основные концепции: психопатологическую, психологическую и социальную (Кондвашенко, 1988).

Психопатологическая концепция исходит из предположения о том, что все самоубийцы — это душевнобольные люди, а все суицидальные действия — проявление

острых и хронических психических расстройств. Сторонниками этой концепции были такие видные отечественные психиатры, как Н. П. Бруханский, В. К. Хоррошко, А. А. Прозоров и др.

Делалась даже попытка выделить самоубийство в отдельную нозологическую единицу, а сама проблема изучалась привычными для медицины методами, т. е. с точки зрения этиологии, патогенеза, клиники заболевания. Предлагались различные методы медикаментозного и терапевтического лечения суицидальной (слабительные, кровопускания, холодные влажные обертывания и т. п.).

В настоящее время психопатологическая концепция представляет больше исторический интерес, хотя некоторые исследователи и в наши дни считают, что суицидальные действия являются одной из форм проявления психических заболеваний.

Согласно психологической концепции, ведущим и основным в формировании суицидальных тенденций является психологический фактор. Эта концепция включает психодинамическую, экзистенциалистскую и поведенческую теории.

Зигмунд Фрейд рассматривал самоубийство как проявление «инстинкта смерти», который может проявляться в агрессии и как частный случай — в аутоагрессии. Психоналитики считают, что самоубийство — это преобразованное (направленное на себя) убийство, а в подтверждение своей точки зрения ссылаются на обратное численное соотношение убийств и самоубийств, действительно существующее в ряде стран, а также на снижение числа самоубийств во время войн.

Распространены также толкования суицида как трансформированного любовного влечения, когда лица, совершающие самоубийства, надеются, что после смерти воссоединятся с любимой или с умершими родственниками, либо уповают на то, что, умерев, они обретут ту любовь и сочувствие, на которые тщетно надеялись при жизни, либо стремления снять напряжение, вызванное кризисным состоянием.

Экзистенциалисты считают, что основная причина самоубийств — «экзистенциальный вакуум», утрата смысла жизни (Ялом, 1998).

Поведенческая теория исходит из понятия «рефлекса цели» (Павлов, 1952). И. П. Павлов писал: «... Рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас. ...жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель. Разве мы не читаем весьма часто в записках, оставляемых самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна. Конечно, цели человеческой жизни безграничны и неистощимы. Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него происходит чаще всего мимолетное и только гораздо реже продолжительное — одерживание, торможение ... рефлекса цели».

Каждая из этих теорий представляет значительный интерес, но все они страдают односторонностью.

Роль психологических факторов в формировании суицидального поведения велика, однако необходимо рассматривать в совокупности с социальными и биологическими факторами (Амбрумова, 1981, 1996).

Основоположник социологической концепции Эмиль Дюрхгейм (1898, 1912) считал, что в основе суицидального поведения лежит «снижение и неустойчивость социальной интеграции». По мнению Дюрхгейма, самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивидуума с социальной средой, причем социальные факторы играют ведущую роль.

Современные суицидологи не отрицают того, что социальные факторы занимают видное место среди причины суицидального поведения, но объяснение всей проблемы самоубийств лишь с точки зрения влияния на человека социальной среды является односторонним и непродуктивным. Главный недостаток этой концепции — недооценка роли личности во взаимоотношениях с социальной средой.

Дальнейшим развитием социологической и психологической концепции являются работы отечественного психиатра профессора А. Г. Амбрумовой (1978, 1981), ко-

торая предлагает свою концепцию суицидального поведения. Согласно этой концепции, суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микро-социального конфликта. Основные положения этой концепции следующие.

Совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями: больные психическими заболеваниями, пациенты с пограничными нервно-психическими расстройствами, практически здоровые. Количественное соотношение 1,5:5:1.

У всех суицидентов независимо от их диагностической принадлежности обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможностей и успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения. Субъективно дезадаптация проявляется широким диапазоном от негативно окрашенных психологических переживаний (тревога, горе, обида, душевная боль и др.) до выраженных психопатологических синдромов (астения, депрессия, дисфория).

В динамике социально-психологической дезадаптации выделяют две фазы: предиспозиционную и суицидальную (с момента зарождения суицидальных тенденций до посягательства на жизнь). Для перехода предиспозиционной фазы в суицидальную решающее значение имеет конфликт. Конфликт образуется из двух разнонаправленных тенденций, одна из которых — основная, актуальная в данный момент потребность человека, другая — препятствие к ее удовлетворению. Исходя из этого, различают:

внутренний конфликт (интраперсональный) — обе стороны находятся внутри личности (долг и совесть, желание и возможность);

внешний (интерперсональный), когда одна из составляющих конфликта находится вне личности (запрет и приказ);

смешанный.

В плане диагностики, а следовательно, и в выборе адекватной коррекции надо сказать, что конфликт может подвергаться генерализации, трансформации, переносу.

Генерализация конфликта — расширение круга лиц, связанных с локальным источником первоначального конфликта, в пределах тех же сфер.

Трансформация заключается в том, что на основе первичного конфликта в одной сфере возникает вторичный, производный от него конфликт в иной сфере.

Перенос конфликта — изменение направления конфликтной реакции с истинного агента на замещающий его объект из другой среды отношений.

Суицидогенный конфликт, как и дезадаптация, проходит две фазы.

Первая (предиспозиционная) является лишь предпосылкой суицидального акта. Она может быть обусловлена разными причинами:

реальными (у здоровых);

психотическими — при патологических переживаниях у лиц, страдающих психотическими расстройствами (аффективными, бредовыми, галлюцинаторными).

Однако, несмотря на различие причин, в любом случае конфликт для субъекта имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостными переживаниями и стремлением его ликвидировать.

Вторая (суицидальная) фаза конфликта представляет собой парадоксальный процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта. Переход первой фазы во вторую идет через «критический пункт», который характеризуется:

значительным ограничением (или сведением к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта;

субъективной оценкой различных альтернативных вариантов разрешения конфликта как неэффективных или неприемлемых.

Для принятия суицидального решения необходима личностная переработка конфликтной ситуации.

Таким образом, генез суицидального поведения определяется соотношением средовых, личностных и (при

наличии психического расстройства) психопатологических факторов.

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В судебно-медицинской и юридической практике самоубийство определяется как намеренное лишение человеком себя жизни (Дюрхгейм, 1898, 1912).

Суицидальным поведением называют любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни (Амбрумова, Тихоненко, 1978, 1980).

К внутренним формам суицидального поведения относят мысли, представления, переживания, суицидальные тенденции — замыслы, намерения.

Возникновению осознанных суицидальных тенденций предшествуют так называемые антивитальные переживания, в которых еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни: «Не живешь, а существуешь», «Жизнь не стоит».

Различают три ступени перехода во внешние формы.

1-я ступень — пассивные суицидальные мысли: фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни («Когда же, если бы я умер»).

2-я ступень — суицидальные замыслы (активная форма). Продумываются формы суицида, время и место действия.

3-я ступень — суицидальные намерения. Присоединение к замыслу решения и волевого компонента. Суицидальные намерения предшествуют непосредственному переходу к внешним формам суицидального поведения.

Переход от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидальным. Выделяются два типа пресуицидального периода:

аффективно-напряженный — время перехода от замыслов к действию короткое, высока интенсивность эмоциональных переживаний;

аффективно-редуцированный, к которому относятся эмоционально «холодные», астенические, гипотимные разновидности, когда пресуицидальный период носит прогнозируемый характер — «пассивное согласие на смерть».

Внешние формы суицидального поведения: суицидальная попытка; завершённый суицид.

Суицидальная попытка (парасуицид) — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко (1978) выделяют два основных типа суицидальных попыток: истинные (обусловленные желанием умереть) и демонстративно-шантажные (цель которых — стремление к изменению конфликтной ситуации в свою пользу путем демонстрации суицидальных намерений).

О демонстративно-шантажном характере суицидальной попытки могут свидетельствовать следующие особенности: выбор малоопасного для жизни способа ее осуществления (прием нетоксичных лекарственных препаратов, порезы поверхностных вен), осуществление попытки прямо на глазах у «обидчика» или с расчетом на оказание помощи окружающими, наличие «рентных установок» в пресуицидальном периоде: «Если вы мне не купите кроссовки «Адидас», видеомагнитофон (перечень претензий может быть безграничным), то я...»

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Выяснение истинных мотивов (побудительных сил) суицидального поведения является сложной задачей. В силу ряда обстоятельств родственники суицидентов и окружающие их лица часто бывают незаинтересованы в разглашении причин суицидов, сами же суициденты не всегда адекватно оценивают причины своих поступков и зачастую выдвигают в качестве объяснений лишь непосредственно повод, ближайшие события или субъективно искаженные версии (мотивировки). Тем не менее их сис-

тематизация и анализ дают серьезный материал для суицидологической диагностики и профилактики.

Целесообразно классифицировать мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке последовательного уменьшения их удельного веса) на следующие группы (Амбрумова, 1981).

I. Лично-семейные конфликты:

- 1) несправедливое отношение со стороны родственников и окружающих;
- 2) ревность, супружеская измена, развод;
- 3) потеря «значимого другого»;
- 4) препятствие к удовлетворению актуальной потребности;
- 5) неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых других»;
- 6) одиночество;
- 7) неудачная любовь;
- 8) недостаток внимания и заботы со стороны окружающих;
- 9) сексуальные расстройства.

II. Состояние психического здоровья:

- 1) реальные конфликты у здоровых лиц;
- 2) патологические мотивировки (обусловленные расстройствами психической деятельности).

III. Состояние физического здоровья:

- 1) соматические заболевания, физические страдания;
- 2) уродства (особенно приобретенные в подростково-юношеском возрасте).

IV. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента:

- 1) опровержение судебной ответственности;
- 2) боязнь иного наказания или позора;
- 3) самоосуждение за неблагоприятный поступок.

V. Конфликт в профессиональной или учебной сфере:

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

VI. Материально-бытовые трудности.

VII. Другие мотивы и поводы.

При определении факторов суицидального риска необходимо учитывать личностные особенности подростков.

Согласно А. Г. Амбрумовой и Е. М. Вроно (1985), для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты: импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, несамостоятельность мышления.

Однако вышеперечисленные личностные особенности подростков-суицидентов в известной степени свойственны любому подростку, чем и объясняется высокий процент острых реакций на стресс и реактивных состояний, формирующих пресуицидальный период в подростковом возрасте (Амбрумова, 1983; Кондрашенко, 1988).

А. Е. Личко (1983) 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 типов, 32% — эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов, и лишь 18% — представителями всех других типов. В то же время суицидальные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов. Многие авторы обращают внимание на чрезвычайно низкую суицидальную активность личностей, акцентуированных по шизоидному типу, в подростковом возрасте.

К числу наиболее частых причин суицидов среди подростков А. Е. Личко (1983, 1985) относит следующие:

- потерю любимого человека;
- состояние переутомления;
- уязвленное чувство собственного достоинства;
- разрушение защитных механизмов личности в результате алкоголизма, наркомании и токсикомании;
- отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство (этим частично объясняются «эпидемии самоубийств»);
- различные аффективные реакции по другим поводам.

Анализ мотивов, условий и причин суицидального поведения способствует определению факторов повы-

тематизация и анализ дают серьезный материал для суицидологической диагностики и профилактики.

Целесообразно классифицировать мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке последовательного уменьшения их удельного веса) на следующие группы (Амбрумова, 1981).

I. Лично-семейные конфликты:

- 1) несправедливое отношение со стороны родственников и окружающих;
- 2) ревность, супружеская измена, развод;
- 3) потеря «значимого другого»;
- 4) препятствие к удовлетворению актуальной потребности;
- 5) неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых других»;
- 6) одиночество;
- 7) неудачная любовь;
- 8) недостаток внимания, любви со стороны окружающих;
- 9) сексуальные расстройства.

II. Состояние психического здоровья:

- 1) реальные конфликты здоровых лиц;
- 2) патологические мотивировки (обусловленные расстройствами психической деятельности).

III. Состояние физического здоровья:

- 1) соматические заболевания, физические страдания;
- 2) уродства (особенно приобретенные в подростково-юношеском возрасте).

IV. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента:

- 1) опашение судебной ответственности;
- 2) боязнь иного наказания или позора;
- 3) самоосуждение за неблаговидный поступок.

V. Конфликт в профессиональной или учебной сфере:

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

VI. Материально-бытовые трудности.

VII. Другие мотивы и поводы.

При определении факторов суицидального риска необходимо учитывать личностные особенности подростков.

Согласно А. Г. Амбрумовой и Е. М. Вроно (1985), для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты: импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, несамостоятельность мышления.

Однако вышеперечисленные личностные особенности подростков-суицидентов в известной степени свойственны любому подростку, чем и объясняется высокий процент острых реакций на стресс и реактивных состояний, формирующих пресуицидальный период в подростковом возрасте (Амбрумова, 1983; Кондрашенко, 1988).

А. Е. Личко (1983) указывает на определенную связь суицидального поведения подростка с типом акцентации характера. По данным автора, при демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов, 32% — эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов, и лишь 18% — представителями всех других типов. В то же время суицидальные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (32%) и циклоидного (25%) типов. Многие авторы обращают внимание на чрезвычайно низкую суицидальную активность личностей, акцентированных по шизоидному типу, в подростковом возрасте.

К числу наиболее частых причин суицидов среди подростков А. Е. Личко (1983, 1985) относит следующие:

- потерю любимого человека;
- состояние переутомления;
- уязвленное чувство собственного достоинства;
- разрушение защитных механизмов личности в результате алкоголизма, наркомании и токсикомании;
- отражение себя с человеком, совершившим самоубийство (этим частично объясняются «эпидемии самоубийств»);
- различные аффективные реакции по другим поводам.

Анализ мотивов, условий и причин суицидального поведения способствует определению факторов повы-

шенного суицидального риска (Амбрумова, 1981; Бородин, Михлин, 1978).

При формировании суицидальных тенденций у подростков особо важную роль отводят таким факторам, как психопатологическое наследственное отягощение (алкоголизм родителей, психопатия, органические заболевания головного мозга), распавшаяся семья, отсутствие родителей, многочисленные семейные конфликты, соматические заболевания, повторные психические травмы, тяжелые психические переживания.

Выделяют экстраперсональные и интраперсональные факторы повышенного суицидального риска (Амбрумова, Тихоненко, 1978). Наиболее важными экстраперсональными факторами повышенного суицидального риска являются:

- 1) психозы и пограничные психические расстройства;
- 2) суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, ранний приступ суицидального периода (до трех месяцев);
- 3) подростковый возраст;
- 4) экстремальные, особенно так называемые маргинальные, условия (тюрьма, 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 интраперсональным факторам повышенного суицидального риска относят:

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

Однако при определении реального суицидального риска необходимо учитывать не только факторы, способствующие суициду, но и факторы, удерживающие человека от суицидального поведения.

Среди больных эндогенными психозами риск суицидального поведения более выражен:

у молодых больных (в том числе подростков и юношей) с хроническим рецидивирующим течением заболевания;

при высоком преморбидном (доблезненном) интеллектуальном и социальном уровне;

при наличии высокого уровня притязаний;

в случае панической реакции на болезнь;

при восприятии будущего как полного безнадёжности (Drake et al., 1984).

Учитывая, что суицидальные попытки (СП) встречаются чаще, чем завершённые суициды (на один завершённый суицид приходится в подростковом и юношеском возрасте, по данным исследователей, от 10 до 50—100 СП (Otto, 1966; Kaplan, Sadock, 1991)), мы считаем, что эти случаи представляют практический интерес в плане психотерапии, последующей социальной психологической адаптации и разработки действенных мер по предупреждению суицидальных и других аутоагрессивных действий. По нашему мнению, весь комплекс реабилитационных мероприятий у суицидентов может дать наибольший эффект в период формирования личности (Игумнов, Королев, 1994).

Исходя из этого нами исследована популяция лиц, совершивших СП в подростковом возрасте. В ходе исследования выявлялись различия между группами лиц, совершивших первичные и повторные СП в подростковом возрасте. Методом исследования явилось изучение истории болезни и проведение клинических интервью с подростками-суицидентами, стационарированными в больницу скорой медицинской помощи (БСМП) г. Минска, а также переведёнными из БСМП в Республиканскую клиническую психиатрическую больницу Министерства здравоохранения Беларуси (анна-

лизировались лишь случаи нервно-психических расстройств непсихотического уровня ввиду их абсолютного преобладания).

Объектом исследования были лица в возрасте 16—18 лет, поступившие в отделение токсикологии БСМП за период с 1980 по 1985 год по поводу суицидальных попыток (СП) в количестве 424 человек (из них 274 женщины — 89,2% и 50 мужчин — 10,8%), в том числе по поводу первичных суицидальных попыток — 384 человека (из них 342 женщины — 89,9% и 42 мужчины — 10,1%), по поводу повторных суицидальных попыток — 40 человек (из них 32 женщины — 80,0% и 8 мужчин — 20,0%). В психиатрический стационар были переданы 27 человек с первичными суицидальными попытками (7%) и 6 человек с повторными суицидальными попытками (15%).

Лица, совершившие первичные суицидальные попытки, выделены нами в группу А1, лица с повторными суицидальными попытками составили группу А2. Нами исследованы следующие факторы, определяющие характер суицидального поведения: клинический тип СП, наличие суицидальных тенденций в ближайший постсуицидальный период (1—7 дней с момента совершения СП), характер и частота органических нервно-психических расстройств, выявленных у суицидентов.

В установлении клинической типологии СП мы пользовались классификацией А. Г. Амбрумовой и В. А. Тихоненко (1978). Они выделяют истинные и демонстративно-мантажные СП, акцентируя внимание на «острых аффективных реакциях».

В группе А1 истинные СП чаще отмечались у юношей, чем у девушек (21,4 и 7,6% соответственно; $P < 0,05$). Эта же тенденция характерна по всей выборке в целом (22,0 и 6,6%, $P < 0,05$).

СП по типу острых аффективных реакций были более характерны для девушек из группы А1, чем для юношей (82,5 и 61,9%; $P < 0,01$). Эта же тенденция характерна по всей выборке (80,2 и 58,0%; $P < 0,01$).

В целом острые аффективные реакции более характерны для суицидентов из группы А1 по сравнению с группой А2 ($80,2 \pm 2,0\%$ и $52,5 \pm 7,9\%$; $P < 0,01$).

Таблица 3. Клиническая типология суицидальных попыток

Типы суицидальных попыток	Группа лиц				Достоверность различий	
	с первичными суицидальными попытками		с повторными суицидальными попытками		T	P
	абс.	%	абс.	%		
Истинные	35	9,1±1,5	8	20,0±6,3	3,4	<0,01
Острые аффективные реакции	308	80,2±2,0	21	52,5±7,9	3,4	<0,01
Демонстративно-шантажные	41	10,7±1,7	11	27,5±7,1	2,3	<0,05
Итого	384	100	40	100		

Для суицидентов из группы А2 более типичны были демонстративно-шантажные попытки (27,5 ± 7,1%) по сравнению с группой А1 (10,7 ± 1,7%) и выборкой в целом (12,3%; $P < 0,05$) (табл. 3).

Суицидальные тенденции (табл. 4) сохранялись чаще в группе А2 по сравнению с группой А1 (17,5 и 5,2%; $P < 0,05$), причем в группе А2 достоверно чаще среди мужчин, чем среди женщин (50,0 и 9,4%; $P < 0,05$).

Большая устойчивость суицидальных тенденций среди лиц мужского пола по сравнению с женским отмечалась и в целом по выборке (18,0 и 4,8%; $P < 0,05$).

Отсутствие суицидальных тенденций чаще наблюдалось в группе А1, чем в группе А2 (84,8 и 82,5%; $P < 0,05$), причем чаще их не было у женщин по сравнению с мужчинами) как в группе А2 (90 и 50%; $P < 0,05$), так и по выборке в целом (95,2 и 82,0%; $P < 0,05$).

Таблица 4. Наличие суицидальных тенденций в ближайшем постсуицидальном периоде (1—7 сут)

Наличие суицидальных тенденций	Группа лиц				Достоверность различий	
	с первичными суицидальными попытками		с повторными суицидальными попытками		T	P
	абс.	%	абс.	%		
Отметались	20	5,2±1,1	7	17,5 ± 6,0	2,0	<0,05
Отсутствовали	364	94,8±1,1	33	82,5±6,0	2,0	
Итого	384	100	40	100		

По данным проведенного клинического обследования суицидентов в БСМП г. Минска, в группе А2 по сравнению с группой А1 отмечалось достоверное преобладание расстройств личности (психопатий) ($27,5 \pm 7,1\%$ и $1,3 \pm 1,0\%$; $P < 0,01$), невротозов и невротических развитий личности ($20,0 \pm 6,3\%$ и $2,6 \pm 1,0\%$; $P < 0,05$) и пограничных нервно-психических расстройств в целом ($55,0 \pm 7,0\%$ и $12,5 \pm 1,7\%$; $P < 0,01$).

В группе А1 преобладали лица с ситуационными реакциями — состояниями, обусловленными психологическим кризисом и протекающими на патологическом уровне ($76,6 \pm 3,2\%$ и $45,0 \pm 7,9\%$; $P < 0,01$).

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что у лиц подросткового возраста, совершивших суицидальные попытки повторно, отмечается достоверное преобладание устойчивости суицидальных тенденций и распространенности клинически очерченных пограничных форм психической патологии.

Профилактика суицидального поведения у подростков и юношей, страдающих психотическими расстройствами и пограничными расстройствами непсихотического уровня, помимо обеспечения режимных мер профилактики суицидов в условиях стационара, заключается также в сочетании эмоциональной поддержки со стремлением к эмпатическому восприятию и последующей коррекции не всегда осознаваемых психологических установок и фантазий, способствующих реализации суицидального поведения. Например, подросток может представлять смерть как «временный сон», «долгожданный покой» либо воспринимать суицид как продолжение диалога с людьми, с которыми он находится в конфликтных отношениях, вследствие чего суицид предстает в его мыслях как способ «отомстить обидчику» и т. п.

При проведении психотерапии с «суицидоопасными» пациентами в амбулаторных условиях (при категорическом отказе от госпитализации) важно создание атмосферы, в которой психотерапевт чувствовал бы себя свободным как от суицидального шантажа со стороны больного, так и от соответствующего давления со стороны его родственников.

Больной должен знать, что его угрозы суицида не имеют власти над врачом, который, безусловно, будет огорчен, но не будет нести ответственности за суицид. Это позволяет создать базу для новых отношений — «взаимной моральной ответственности» в отличие от установившихся в семье отношений «суицидального шантажа» (Вид, 1993).

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ САМОУБИЙСТВ

КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Кризисная психотерапия — набор психотерапевтических приемов и методов, направленных на помощь людям, находящимся в состоянии социально-психологической дезадаптации, обусловленной реакцией на тяжелый стресс, и предназначенных для предотвращения саморазрушительных форм поведения и в первую очередь попыток самоубийства (суицидальных попыток).

В подростково-юношеском возрасте кризисная психотерапия характеризуется:

неотложным характером психотерапевтической помощи;

нацеленностью на выявление и коррекцию неадаптивных психологических установок, приводящих к формированию суицидального поведения;

поиском и тренингом неопробованных ранее подростком способов разрешения актуального межличностного конфликта, повышающих уровень социально-психологической адаптации, обеспечивающих личностный рост и устойчивость индивида к будущим кризисам.

Кризисная психотерапия, по Г. В. Старшенбауму (198.), состоит из трех основных этапов: кризисной поддержки, кризисного вмешательства, повышения уровня социально-психологической адаптации (табл. 5).

Таблица 5. Этапы и формы кризисной психотерапии у подростков

Этапы психотерапии	Содержание предпринимаемых психокоррекционных мер
Кризисная поддержка	Установление терапевтического контакта Раскрытие суицидоопасных переживаний Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения Заключение «терапевтического договора»
Кризисное вмешательство	Рассмотрение неопробованных ранее способов разрешения кризисной проблемы Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса Коррекция неадаптивных психологических установок Активизация «терапевтической установки»
Повышение уровня социально-психологической адаптации	Тренинг неопробованных ранее способов проблемно-решающего поведения Выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных психологических установок Расширение сети социальной поддержки подростка путем привлечения к психокоррекционной работе значимых лиц из его микросоциального окружения
Формы кризисной психотерапии	Индивидуальная Семейная Групповая

КРИЗИСНАЯ ПОДДЕРЖКА

Первый этап кризисной психотерапии — кризисная поддержка — состоит из ряда стадий.

Установление терапевтического контакта требует, чтобы пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Необходимо создать у него 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 самооценку, сниженную в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование пациентом подавляемых эмоций, что уменьшает аффективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кризисной ситуации материал игнорируется с помощью избирательного выслушивания, что способствует кризисной ориентации терапии.

В процессе беседы следует обращать пристальное внимание на «факторы суицидального риска» (Каплан, Сэдок, 1991, 1998): одиночество, наличие хронических (в особенности инвалидизирующих) заболеваний, потерю близкого человека в недавнем прошлом, наличие предшествующих суицидальных попыток и т. п.

Нередко в таких случаях бывает целесообразным прямо спросить подростка, есть ли у него желание умереть. Были ли в прежние годы опасения, что прямой вопрос может «натолкнуть» пациента на мысль о самоубийстве. Малообоснованны: у подростка имеется масса возможностей «натолкнуться» на эту мысль и без нашей помощи.

В других ситуациях этот вопрос можно поставить в другом плане: «Что Вас (тебя) удерживает в жизни?» Практика показывает, что лица со сформированными «антисуицидальными представлениями» отвечают четко и определенно (семья, близкие люди). Могут выявляться представления о «позорности», «греховности» самоубийства и т. п.

Замешательство пациента, уклонение его от ответа на поставленный вопрос могут свидетельствовать о непрочности «антисуицидального барьера» и повышенном риске самоубийства.

Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения производится путем актуализации антисуицидальных факторов и прошлых достижений в значимых для подростка областях, повышения его самоуважения и уверенности в своих возможностях в разрешении кризиса. Проявления личностной несостоятельности подростка в кризисной ситуации не интерпретируются, чтобы не снижать самооценку подростка и не актуализировать тем самым суицидоопасные переживания.

Заключение терапевтического договора предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование ее в понятных пациенту терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации терапии и сроках лечения, разделение ответственности за результат совместной работы с признанием за подростком 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.

Предупредительные меры и реакции лиц ближайшего окружения «суицидоопасного» подростка

1. К любому разговору на тему самоубийства и соответствующим действиям необходимо относиться серьезно и обращать на них внимание.
2. Если подросток находится в депрессии (расстройства настроения встречаются у 15% подростков и юношей) (Каплан, Сэдок, 1991, 1993), не игнорируйте его состояние, не преуменьшайте и не отрицайте, а поддержите его эмоционально и похвалите за недавние успехи. Скажите, что чувства подавленности и тоски обычны для людей с серьезными эмоциональными проблемами, но со временем наступит облегчение (Вуллис, 1998).
3. Если возникнет впечатление, что подросток готовится к самоубийству, постарайтесь выяснить, есть ли у него конкретный план действий, и чем острее ситуация, тем скорее:

— обратиться за профессиональной психотерапевтической помощью;

— постараться добиться от подростка обещания, что он не будет действовать под влиянием нахлынувших чувств, не поговорив с вами или по «телефону доверия»;

— спрятать опасные предметы (таблетки, бритвы, ножи и т. п.), которые могут быть использованы для реализации попытки самоубийства.

Планирование последующей психотерапевтической работы 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 психотерапии — 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: КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

Второй этап кризисной психотерапии — кризисное вмешательство — имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента, при этом решаются следующие задачи.

Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми подросток мог бы сформировать новые, необходимые ему высокосignимые отношения, облегчающие ему микросоциальную адаптацию. Попытки подростка вернуться к обсуждению симптомов преодолеваются с помощью фокусирования на намеченной задаче. Терапевтический контакт обычно сохраняется благодаря тому, что на этапе вмешательства для подростка важна не только мягкость психотерапевта, сколько его успешность оказанию действенной помощи в скорейшем разрешении психологического кризиса.

Выявление неадаптивных психологических 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 и глубоко инте-

риоритизируются, что затрудняет для подростка осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции.

Коррекция неадаптивных психологических установок осуществляется прежде всего в отношении суцидологической установки — представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снизить значение доминирующих ценностей удается путем актуализации антисуцидальных факторов. Необходимо отметить, что попытки прямой девальвации ценности, конкурирующей с ценностью жизни, могут привести к нарастанию аффективной напряженности и психологического сопротивления психотерапевтическому вмешательству. У подростков с акцентуацией характера, приводящей в условиях межличностного конфликта к развитию суцидоопасных реакций, необходимо оказывается выработка мотивации к перестройке коммуникативной сферы.

Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий подростков с попыток разрешения кризисной ситуации с помощью оправданных себя методов на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Одновременно с поощрением успехов подростка в выполнении терапевтического плана и других проявлений зрелости его внимание обращается на недостаточную подготовку в достижении последующих целей. Таким образом подготавливается переход к третьему этапу кризисной терапии — этапу повышения докризисного уровня адаптации.

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

Контаминация суцидальных фантазий. Этот прием определяют как «детальное исследование суцидальной

фантазии для того, чтобы сделать ее реальное воплощение невозможным» (Held, Bellows, 1983).

Многие индивидуумы, склонные к суицидальному поведению, создают тщательно продуманные фантазии, включая в них людей, с которыми они больше всего взаимодействуют. Склонный к суициду подросток может фантазировать, например, что все учителя в школе или одноклассники будут глубоко шокированы и раскаются, когда услышат о его (ее) смерти. Фантазии могут включать в себя скорбящих родителей и родственников, сожалеющих о всех тех неприятностях, которые они доставили бедному кандидату в самоубийцы. Пациент может также фантазировать о том, что его смерть принесет пользу всем членам семьи — после его смерти у них будто бы будет меньше трудностей.

План психотерапии основывается на том факте, что пациент грозит совершить самоубийство или даже уже причинил себе вред до данной беседы. Психотерапевт должен иметь некоторые сведения о семейной структуре еще до первого интервью с таким пациентом. Может быть, ему стоит побеседовать предварительно с членами его семьи.

Психотерапевт отмечает, что пациент, возможно, предвидел, какой эффект суицид может произвести на окружающих, и предлагает ему обратиться себе вероятную реакцию близких, когда они вдруг узнают о его смерти: как они будут себя вести на похоронах и после них. Пациента просят в деталях описать свои фантазии на эту тему. Кто конкретно придет на похороны? Как участники похорон будут одеты? Как будут стоять, что делать? О чем говорить? Что будут есть на поминках? Какая будет погода? Появятся ли некрологи в газетах?

Полученная информация позволяет психотерапевту оценить причины суицида. Если имеет место «злая гордость», он может попытаться «замутнить» эту фантазию пациента. Вопросы о деталях, относящихся к реальности жизни, сами по себе лишают переживания пациента мистической окраски, делают их менее «героическими».

Затем психотерапевт предлагает пациенту «разыграть» его фантазию, исполняя по очереди роли всех участников

возможной трагедии (вариант психодраматического метода). Активный игровой процесс, кроме всего прочего, снижает напряжение, источником которого являются мысли о суициде. Когда сценка разыграна, психотерапевт может указать пациенту на вероятный источник его мотивации — на «злую гордость». Часто пациент, получив от психотерапевта информацию о действительной причине его фантазий, находит иные решения. Возможны в его жизненной ситуации, кроме «окончательного». Психотерапевт может в красках описать, что происходит с телом, когда оно оказывается в земле, как червяки будут по нему ползать и т. п. Он может также упомянуть и о том, что газета, в которой опубликует психолог, будет использована для того, чтобы завернуть труп, затем ее сожгут. Можно сказать и о том, что близкие, вероятнее всего, вскоре забудут несчастного и займутся своими повседневными делами.

Если же пациент хочет вызвать чувство вины у членов семьи, психотерапевт излишне преувеличивает ущерб, который будет причинен этим поступком, и таким образом повышает цену тех действий, которые пациент собирается совершить. Возможен и альтернативный подход — терапевт чрезмерно снижает значение планируемых действий и представляет все таким образом, что цена этих действий не соответствует ожиданиям.

Другая процедура состоит в том, чтобы пациент вербально выразил свой гнев (вариант «психотерапии отреагирования»). В рамках групповой или семейной психотерапии можно организовать воображаемое или даже реальное «избиение» подушкой того человека, которому пациент желал бы «отомстить», с последующим обсуждением причин «эмоционального взрыва».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНИК ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ХОДЕ КРИЗИСНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

На этапе кризисного вмешательства сотрудниками Российского научно-методического суицидологического центра (г. Москва), кафедры психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования наряду с вышеописанными когнитивно-

бихевиоральными приемами используются элементы трансперсональной психотерапии, использующей мощный терапевтический потенциал измененных состояний сознания. Трансперсональная психотерапия создает условия для «разрешения» патогенного бессознательного материала, для самоисцеления и личностного совершенствования (Колосов, 1995).

Трансперсональная психотерапия как направление сформировалось на Западе к началу 1970-х годов. Базисом ее послужили исследования предельных возможностей человека и эмпирическое изучение специфических феноменов, возникающих в измененных состояниях сознания. К этим феноменам относятся такие переживания трансперсонального характера, как «озарение», «экстаз», «мистический опыт», «высшее состояние», «космическое сознание» и др. Мифологичность трактовки и отсутствие серьезной теоретической основы в понимании «казанных» явлений не могут быть причиной игнорирования или попытки объявлять их только психопатологическими симптомами. При всей многогранности и сложности измененные состояния сознания обладают мощным терапевтическим потенциалом, а специфический «трансперсональный опыт» является несомненным фактом клиники (Гроф и соавт., 1996). Трансперсональную терапию определяют как «занимающуюся традиционными и нетрадиционными направлениями терапии... с возможностью внутреннего роста и осознания, выходящими за пределы сложившихся представлений о здоровье человека». Признается значимость измененных состояний сознания, в которых трансперсональный опыт обладает достоверностью и идентичностью. С точки зрения трансперсонального психологического подхода, частично соответствующего психоаналитическим воззрениям, симптомы психические и соматические являются ответом на «запретные» желания, а также негативный перинатальный опыт, нереализованные внутренние тенденции. Трансперсональная психотерапия создает условия для «разрешения» всего материала бессознательного, освобождения глубинного человеческого потенциала для самоисцеления или личностного совершенствования. Стандартная психотерапевтиче-

ская техника в ее трансперсональном варианте включает три основных элемента (Гроф и соавт., 1996).

1. Психотерапевтическое убеждение, направленное на стремление обесценить в глазах больного остроту и значимость его переживаний. Делаются осторожные попытки переключения фокуса его внимания на некие «высшие», духовные категории, возможность другого способа понимания ситуации.

2. Когда пациент достаточно подготовлен, приступают к обучению его медитации и умению визуализировать абстрактные понятия. Медитация может быть концентрационной — с фиксацией внимания на одном предмете, мантре; рецептивной — с открытостью для всей внешней и внутренней информации; комбинированной — попеременно использующей ту или иную формы психической активности; динамической — включающей последовательный комплекс физических упражнений.

3. Осознание своих проблем на основе трансперсонального опыта, полученного в процессе медитирования и психотерапевтического общения пациента с врачом или психологом. «Открытие» для пациента сути и смысла его проблем и болезненных нарушений и обсуждение вопросов на более высоком уровне, чем обычная житейская интерпретация. Такое осознание обычно происходит в процессе инсайта, на фоне аффективного подъема и позволяет выработать новые поведенческие паттерны.

Широкое признание трансперсональная психотерапия получила с недавнего времени (с конца 1980-х годов), после разработки концепции «голотропной терапии» Стэниславом Грофом, вобравшей в себя несколько направлений, таких как «ребёфинг», элементы групповой психотерапии, данные исследований действия психоделических препаратов и др. Концепция строится на основе психоаналитических представлений о сути и характере невротических и психосоматических нарушений. Голотропная (холотропная) терапевтическая методика позволяет стимулировать индивидуальные резервные возможности организма, активизировать потенциал бессознательного, помогает быстро осознать глубинные механиз-

мы формирования болезненных симптомов. В. П. Коло-сов (1995) отмечает ее естественность, ненавязанность (в отличие, например, от директивного гипноза) пациенту представлений врача, а лишь осторожное побуждение спонтанных механизмов психической самозащиты.

Выделяются три основных уровня переживаний пациентов в период лечебных сессий:

1) переживания на биографическом уровне, начинающиеся с сенсорных ощущений с последующим переходом на эмоциональное отреагирование своих конфликтов, проблем;

2) перинатальный уровень с ярко, аффективно окрашенными переживаниями психического и физического порядка, в той или иной мере повторно воспроизводящий опыт субъекта, отражающий источник психосоматических, характерологических и других проблем личности;

3) трансперсональный уровень с необычным расширенным переживанием реальности, принимающим нередко экстагические формы (идентификация с другими людьми, отождествление себя с животными, растениями, неживой природой, трансцендирование пространства и времени) (Гроф и соавт., 1996).

При голотропной терапии возникает возможность не только вспомнить и реконструировать биографический опыт, но и заново пережить его, причем не только эмоции, но и физические ощущения.

По мнению С. Грофа, и точки патологии нередко восходят к перинатальному периоду, болезням матери: ее эмоциональное состояние, отношение к будущему ребенку, попытки аборт находят свое выражение в таких страданиях, как алкоголизм, депрессии, шизофрения. «Повторение» перинатального опыта ведет к возрождению субъекта в новом качестве, содействуя избавлению от многих заблуждений. В процессе занятий уровни переживаний могут смешиваться, выступать в разной последовательности. Для достижения указанных состояний и переживаний используются усиленное дыхание, специально подобранная музыка и дополнительно «работа с телом» для устранения эмоциональных и мышечных за-

жимов. Пациентам предлагается довериться инстинктам тела, а усиленное дыхание позволяет «освободить» бессознательное, постигнуть значение порожденных им аффективных и психосоматических симптомов. Смысл терапии включает трансформацию симптомов в русло обычных впечатлений, реакций и поглощение их в процессе этого. Голотропная техника дополняет обычное психотерапевтическое лечение и ориентирована как на поиск и включение каналов отреагирования глубинного эмоционального напряжения, так и на психофизиологическую интеграцию личности с изменением жизненной позиции, пересмотра ее чаще всего в процессе инсайта. Задача психотерапевта состоит в поддержке этого созидательного процесса с полным доверием к его положительной природе, без попытки изменить ее.

Цикл занятий обычно начинается с теоретической подготовки пациентов: беседа о резервных возможностях организма, способности к самоисцелению, которое возможно, если создать необходимые условия для этого. Дается краткое перечисление возможных реакций, возникающих у пациентов в процессе занятий, объясняется, как купировать неприятные ощущения: так, в случае появления боли в той или иной части тела рекомендуется ее «усилить» энергичным нажатием в этом месте косточкой большого пальца; если появились спастические напряжения мышц, произвести самомассаж или обратиться за помощью к ситтеру или ведущему. Пациентам объясняется цель усиленного дыхания, подчеркивается, что дозированное его применение безопасно и способствует релаксации и процессу психоэмоциональной разгрузки.

Перед началом сеанса как у подростков, так и у взрослых используются элементы игровой психотерапии (см. «разминочные» упражнения, описанные в главе 3).

Психотерапевтическая работа в голотропной терапии всегда проводится в парах, с ситтером (в буквальном переводе с английского — сиделка). В ситтере должны чувствоваться поддержка, внимание, участие. Перед каждым сеансом пациент и ситтер договариваются о способах контакта (мимика, определенные движения и т. п.). Вербальный контакт исключается.

В ходе сеанса пациент лежит в «позе звезды» (положение лежа на спине, конечности свободно раскинуты), а ситтер прикасается к различным частям тела, причем первые касания идут к конечностям, в медленном темпе, помогая пациенту расслабиться. Сам пациент расслабляется подобно релаксации в аутогенной тренировке.

Затем используется «рабочее дыхание», когда пациенту предлагается свободно и без напряжения глубоко дышать в течение 10—15 минут, а возможно и больше (20—40 минут); в случае появления неприятных ощущений можно менять ритм дыхания и его глубину на более частое и поверхностное вплоть до быстрого, «собачьего». Изменение ритма и глубины дыхания диктуется внутренними ощущениями, «потребностью» организма. В целом желательно, чтобы ритм дыхания синхронизировался с музыкальным. Главной рекомендацией для пациентов в подготовительный период должно быть положение о необходимости устранения постоянного самоконтроля и анализа тех ощущений и переживаний, которые возникают в период сессий. Следует попытаться насладиться собой на безусловное, немного отстраненное и спокойное принятие всего происходящего исходя из положения, что «может быть это интересно», «не может быть ничего, что пойдет во вред». Следует довериться внутренним ощущениям, не пытаясь их понять, а дойти у них на поводу, реализуя по возможности все тенденции, не сдерживая себя, если возникает смех или плач, желание двигаться или спать. Единственное ограничение — не мешать другим членам группы, не разговаривать, не делиться впечатлениями во время сессии.

Другим средством, используемым для погружения в измененное состояние сознания, является музыка. Специально разработанные музыкальные программы подаются в определенной последовательности: от стимулирующей, ритмичной (10—15 минут) к этнической, «шаманской» (15—20 минут) и далее к драматической, «тяжелой» (20—30 минут), сеанс завершается сердечной, очищающей (10—15 минут) и медитативно-созерцательной (40—50 минут) музыкой. Необходимо, чтобы музыка

была незнакомой или малознакомой пациентам и громкой. Гроф и его последователи предпочитают музыку Жаре, Римского-Корсакова, Шнитке и др. В процессе музыкального восприятия пациенты последовательно реализуют комплексы ощущений и переживаний от сенсорных до бурных аффективно-двигательных реакций (отражающих биографический или перинатальный уровни) и в заключение — последовательный калейдоскоп представлений, преимущественно визуально-образных с высокой эмоциональной насыщенностью.

Третьим элементом, содействующим погружению в измененное состояние сознания, является «работа с телом». Ее цель — устранение различного рода эмоциональных и мышечных «зажимов», возникающих в процессе занятий. «Зажимы» вызывают затруднения при тенденции отреагировать эмоциональное напряжение, связанное с существованием «комплексов», вытесненных в бессознательное, и подавленных влечений. Работа с телом включает прикосновения, «пассы», поглаживания, массажи при мышечных спазмах и др. Основные условия при работе с телом ложатся на ситтера — партнера по группе, который помогает своему товарищу (больные разбиваются на пары) реализовать весь комплекс психофизиологического реагирования либо на уровне повторного переживания эпизодов биографического характера, либо болезненно протекающих, но драматических, субъективно-ярких и незабываемых переживаний, символически отражающих «мистерии смерти и возрождения» или же глубоко проработанного, значимого трансперсонального опыта. На последующих занятиях партнеры меняются ролями: «дышащий» становится ситтером и наоборот. Главная задача ситтера — создать для своего партнера атмосферу безопасности, защищенности, руководствуясь при этом больше интуицией, постоянно стремясь «вчувствоваться» в душевное состояние своего временного подопечного. Общение во время сессии между «дышащим» и ситтером должно проходить на невербальном уровне. Ситтер волен всячески помогать своему

партнеру, если только последний чувствует необходимость в такой помощи, и обязан тут же прекратить всякое вмешательство, если получил соответствующий сигнал от коллеги по терапевтической паре. Ведущий не должен заниматься рассмотрением проблемы больных с использованием специфических психотерапевтических приемов и по разработанному плану. Сама сессия, характер реагирования пациентов дают необходимый материал для понимания сути проблем последних, и этот материал часто является неожиданным для психотерапевта и далеко не соответствующим сложившемуся у него на основе предыдущего исследования мнению о сути страдания больных.

Каждое занятие продолжается от 3 до 4,5 часа и включает в себя разминку с игровыми эпизодами для создания более непринужденной атмосферы, легкий самомассаж с целью релаксации и создания чувства «самопогруженности» (всего 20—25 минут), затем непосредственно сессии с соответствующим музыкальным воздействием (2—3 часа) и обсуждением результатов со свободным рисованием на основе впечатлений, имевших место в период занятия (20—50 минут). После сессии возможно ролевое проигрывание трансперсонального опыта одного из участников остальными членами группы, которые участвуют в маленьком представлении, сценарий которого вытекает из ощущений и переживаний этого пациента. Такое проигрывание может повторяться по несколько раз, и оно содействует лучшему осознанию символики трансперсонального переживания и отреагирования возникшего напряжения.

Лечебный курс составляет обычно 10—12 сессий. С 1-й по 5-ю сессию доминирует реагирование на уровень сенсорных ощущений, биографического и перинатального уровня. В переживаниях перинатального характера могут быть глубоко проработаны такие расстройства, как депрессии, суицидальные тенденции, тревога, страхи, алкоголизм, астма, мигрень и ряд других нарушений. Информационная и эмоциональная насыщенности трансперсонального опыта столь вели-

ки, что могут приводить к кардинальным изменениям в мировоззрении, освобождению от невротических комплексов и характерологических проявлений невротически «расщепленной» личности, позволяют приобрести новый «смысл» бытия и освободиться от патологических привычек и стереотипов. Количество пациентов в терапевтической группе колеблется от 8 до 20—24 человек, хотя, разумеется, можно работать с больными и индивидуально, с 1—4 пациентами, а при наличии помощников с группой 30—40 человек. При проведении занятий недопустима суетливость, обрывы занятий, тогда возникшее эмоциональное напряжение не отреагируется в достаточной степени и в адекватной для субъекта форме. Пациента категорически запрещается заниматься самостоятельно и без контроля со стороны опытного специалиста, исключая случаи, когда человек хорошо освоил приемы голотропной терапии и в состоянии осуществить самоконтроль. Все сказанное не исключает возможности параллельного проведения других видов психотерапии, причем холотропная техника часто значительно ускоряет и облегчает ее проведение, как, например, при лечении психоанализом. Что касается психотропных препаратов, а также и некоторых других лекарственных средств, то их применение на период голотропной терапии должно быть исключено или резко ограничено.

Показания к применению голотропной (трансперсональной) терапии. Круг показаний чрезвычайно широк. Он включает в себя кризисные состояния, в том числе с наличием суицидальных тенденций, различные формы невротических и соматоформных расстройств, особенно тех, которые связаны с существованием хронических интрапсихических конфликтов при преобладании в клинике страхов, навязчивостей, истерических нарушений. Очень хорошие результаты достигаются при лечении алкоголизма, наркомании, табакокурения и купировании вредных привычек и пристрастий. Возможно купировать различные формы депрессий как в рамках невротических нарушений, так и эндогенные депрессии (особенно депрессивные фазы циклотимии), а также симптоматические депрессии.

Особую группу при использовании этого лечебного метода составляют лица с характерологическими дисгармониями, с чувством неполноценности, желающие усовершенствовать себя, выработать нужные личностные качества. Для них весьма значимым и эффективным приемом может быть воспроизведение перинатального опыта. Значительные результаты достигаются при психотерапии больных с психосоматической патологией: бронхиальной астмой, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Имеется успешный опыт применения трансперсональной терапии в клинике кожных болезней, эндокринологической клинике, при терапии психозов, органических заболеваний ЦНС и многих других страданий (Колосов, 1995).

Возраст не является препятствием для проведения трансперсональной терапии. У детей и подростков она проводится, начиная с 12—14 лет.

Объем противопоказаний невелик и формируется исходя из клинико-физиологических особенностей данного вида психотерапии. Прямо противопоказано проведение метода больным с острой соматической патологией (гипертонический криз, выраженные нарушения ритма сердца, кровотечения, глаукома, различные выраженные декомпенсации систем и функций организма). К противопоказаниям относится также беременность.

С учетом того что, по данным нейрофизиологических исследований, гипервентиляция особенно у детей и подростков, может усиливать и провоцировать пароксизмальную активность головного мозга (Благосклонова, Новикова, 1994), следует соблюдать осторожность при применении «голосонопного дыхания» у больных с судорожными припадками в анамнезе (при клинически выраженной эпилепсии данный метод противопоказан). Противопоказаниями являются также острые психотические состояния.

На сегодняшний день невозможно дать четкие научные определения явлений, наблюдаемых в измененных состояниях сознания, но ясно, что их нельзя рассматривать как некое высшее «озарение», проявление «мистического опыта», нельзя расценивать их только как психо-

патологию. Вместе с тем со многими кардинальными положениями трансперсональной психологии клиницист не может согласиться. Полагаем, что гипервентиляцию, соответствующие изменения в организме, связанные с ней, нельзя рассматривать только как «катализатор» процессов, растормаживающий глубинные пространства бессознательных переживаний. Прежде всего ее следует воспринимать как острый биологический стресс с характерными нарушениями гомеостаза (алкалоз, гипокапнид, снижение церебрального кровотока и др.). Этим изменениям соответствует общепринятая стрессовая реакция напряжения, субъективно выражающаяся в чувстве страха, беспокойства, острых вегетативных реакциях. Как истинный шок это может стимулировать целесообразную для данного индивида активизацию резервных защитных механизмов («саногенный стресс» по В. Селье), но может и ухудшить состояние. Не являясь также отдаленные последствия частой гипервентиляции. Поэтому гипервентиляцию следует проводить осторожно, строго дозированно по состоянию, под контролем изменения вегетативных параметров, короткое время. В. П. Колосов (1995) рекомендует проводить усиленное дыхание 3—7 минут в начале сеанса и затем в качестве коротких эпизодов для углубления измененного состояния сознания в процессе занятий. Как правило, этого оказывается вполне достаточно для больных, что в сочетании с другими видами воздействия (когнитивная терапия, приемы телесно-ориентированного воздействия, внушение) позволяет добиваться трансперсонального уровня реагирования.

Необходимо сказать, что данный раздел в учебном пособии не может служить руководством для проведения такой экстраординарной и во многом еще не изученной психотерапевтической техники, какой является трансперсональная терапия.

Для клинического использования обязательно требуется прохождение специальной теоретической подготовки и практического обучения в коллективах, где практикуют трансперсональную психотерапию, где умеют использовать ее позитивные стороны, но могут и критически оценить ее, видеть ту грань, за которой возникает

опасность нарушения священного принципа «Не навреди». В Республике Беларусь практическое обучение трансперсональной психотерапии, как и ряду других методик, описанных в данном учебном пособии, осуществляется на кафедре психотерапии с курсом детско-подростковой психиатрии и психотерапии Белорусской медицинской академии последипломного образования.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ

Завершающий этап кризисной психотерапии — повышение уровня адаптации — осуществляется тогда, когда решение кризисной проблемы требует расширения адаптационных возможностей индивида.

Стадия **тренинга навыков адаптации** начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте. На данном этапе осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт, таких как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, диминирование любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Основными методами терапии на данной стадии являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевого тренинга, психодрамы и аутогенной тренировки. Проведение роли значимого другого помогает подростку лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить отношения с ним; тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует изменению стиля общения пациента на более адаптивный. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки полоролевого поведения, подкрепляется представление о собственной привлекательности.

Поскольку опробование новых способов адаптации происходит на заключительном этапе кризисной психотерапии, когда суицидальный риск сведен к минимуму, снижение самооценки во время возможных неудач не приводит к усилению чувства личностной несостоятель-

ности, а лишь способствует реалистической оценке собственных возможностей и укрепляет терапевтическую мотивацию к дальнейшему тренингу навыков адаптации.

Окончание кризисной психотерапии является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения пациента, составляются реалистические планы на будущее и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долговременной терапии, в случае необходимости вырабатывается мотивация к ее проведению. Окончанию кризисной психотерапии посвящаются 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, подчеркнуть выполнение намеченной в начале лечения программы, выяснить причины тревоги, обдумать их обоснованность.

Особенности психотерапии при отдельных видах кризисных ситуаций. При решении конфликта подростка с родителями и другими родственниками психотерапевт в фазе установления контакта выполняет функции посредника, избегая роли «третьего судьи» и тем более принятия чьей-либо стороны в конфликте (этим психотерапевт в корне отличается от благожелательных родных и знакомых, искренно пытающихся направить «заблудшую овечку» не «пусть истинный»).

В ходе индивидуальных бесед проводится оценка точек зрения членов семьи на суть и причины конфликта, отреагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся «семейные дискуссии» с целью формирования общей позиции семьи в подходе к кризисной ситуации.

В ситуации смерти любимого человека психотерапевт с помощью семьи и друзей обеспечивает подростку сочувственное разделение эмоций горя и тревоги; при разрыве любовных отношений — также чувств обиды и унижения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ БЕДСТВИЯХ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ КАТАСТРОФАХ

Технологическая катастрофа на Чернобыльской АЭС привела к выпадению радиоактивных осадков на территориях с населением около 17 млн человек, из которых 2,5 млн составляли дети в возрасте до 5 лет (Hollowsky, 1993).

Значительная часть радиоактивного выроса пришла на Беларусь, что привело к загрязнению долгоживущими радионуклидами цезия, стронция, плутония около 1/4 территории с населением 2,2 млн человек, значительному разрушению инфраструктуры пострадавших районов, усилению миграционных процессов (Люцко и др., 1990).

Тяжелый экономический кризис начала 1990-х годов способствовал нарастанию психосоциального и психоэмоционального напряжения людей. Хронический дистресс поддерживается на протяжении всего послеаварийного периода не только неудовлетворительным решением социальных, бытовых, производственных проблем, недостаточным уровнем медицинского обеспечения, но и постоянной тревогой в связи с возможной опасностью облучения для здоровья ныне живущих людей и будущих поколений.

Таким образом, как по масштабу экономического ущерба, так и по интенсивности психотравмирующего воздействия на миллионы людей Чернобыльская катастрофа входит в ряд крупнейших экологических бедствий современности.

В медицинском смысле под катастрофой понимается внезапное быстротечное, чрезвычайно опасное для здо-