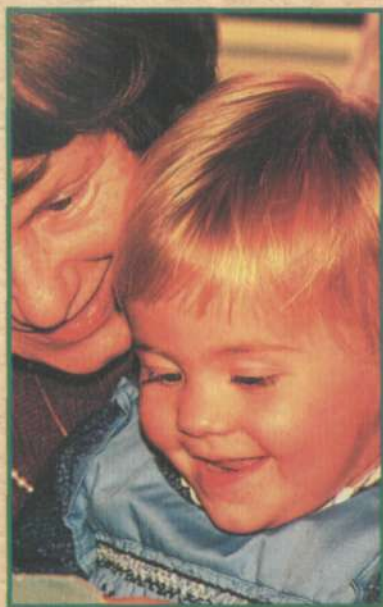




С.А. Изумнов

# психотерапия и психокоррекция детей и подростков



Руб 20.00

5

## **Игумнов С. А.**

Психотерапия и психокоррекция детей и подростков  
— М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. — 112 с.

В предлагаемой читателю книге систематически изложены основные понятия и методики клинической психотерапии и психологической коррекции в детском возрасте. Рассмотрены особенности и возможности групповой, индивидуальной, гипносуггестивной психотерапии в детском и подростковом возрасте, а также методы семейной психотерапии. Особое внимание обращено на кризисную психотерапию у подростков.

Книга удачно сочетает в себе популярность изложения сложных понятий современной психологии и психотерапии со строгой научностью и детальностью в описании конкретных психотерапевтических методик. Эта книга необходима не только врачам, психологам, педагогам, студентам медицинских и педагогических учебных заведений, но и широкой читательской аудитории, особенно родителям, которым небезразличны проблемы душевного здоровья и гармоничного личностного развития их детей.

ISBN 5-89939-016-6

© Игумнов С. А., 2000

© Издательство Института психотерапии, 2000

# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	4
<b>Глава 1. Слово — серебро...</b>	
Диагностическое интервью в клинической психотерапии.....	6
<b>Глава 2. Вся наша жизнь — игра...</b>	
Ведущие направления игровой психотерапии.....	12
<b>Глава 3. Трудно человеку, если он один...</b>	
Групповая психотерапия.....	18
<b>Глава 4. Наведение транса...</b>	
Недирективные методы гипносузвездия и «направленного воображения».....	36
Примеры методов гипнотизации детей.....	41
<b>Глава 5. Все пройдет, как с вешней яблонь дым...</b>	
Гипноанальгезия в детском возрасте.....	55
<b>Глава 6. Мой дом — моя крепость!</b>	
Семейная психотерапия и семейное консультирование.....	62
<b>Глава 7. Сколько их там в эту бездну...</b>	
Самоубийства у подростков и методы их предотвращения.....	75
<b>Приложение 1</b>	
Детско-подростковый вариант прогрессивной мышечной релаксации по Якобсону-Эверли.....	96
<b>Приложение 2</b>	
Рисунок семьи.....	101
<b>Приложение 3</b>	
Краткий словарь психологических и медицинских терминов.....	103
Литература.....	107

## ГЛАВА 7

### **СКОЛЬКО ИХ УПАЛО В ЭТУ БЕЗДНУ... САМОУБИЙСТВА У ПОДРОСТКОВ И МЕТОДЫ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ**

Самоубийство (суицид) — осознанное лишение себя жизни человеком.

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

В древней Индии жестоким обычаем предписывал женщинам высших каст бросаться в погребальный костер своего мужа...

У древних кельтов, населявших во II—I тысячелетиях до н.э. значительную часть современной Западной и Центральной Европы, доживать до немощной старости считалось позором для воина. Одряхлевшие кельтские воины бросались в пропасть со скал...

История античного мира рассказывает нам о ряде самоубийств знаменитых людей того времени: Катон Утический (46 г. до н. э.) в знак протеста против единовластия Юлия Цезаря и гибели Римской республики; Марк Юний 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 ■ильных, 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.), 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 П., 1912).

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 находя вечного покоя, превращаются в оборотней, вампиров, русалок и т.п.), так и в классику раннего Возрождения. Данте Алигьери повествует об участии самоубийц в «Божественной комедии» (песнь тринадцатая):

Когда душа, уже точась, порвет

Самоуправно оболочку тела,

Минует ее в седьмую бездну шлет

(т. е. в седьмой круг Ада, где томятся «насильники 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.

Ряд других религиозных конфессий — ислам, иудаизм — также гневно осуждают самоубийство. Особенно преуспел в «профилактике самоубийств» ислам: в мусульманских странах (Египте, Иране, Пакистане, среднеазиатских странах СНГ 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 недостижимого противника, вспарывал 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 договорить своего похитителя 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 20 тыс. человек, из них около 20% приходится на подростковый и юношеский возраст. Число суицидальных действий значительно больше и исчисляется миллионами.

В 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 занимает 2 — 3 место. Во многих регионах мира отмечается взрыв роста самоубийств с повышением уровня урбанизации.

Стремление осмыслить природу суицидов, дать этомувлению какое-то теоретическое обоснование уходит своими корнями в глубокое прошлое (Булацель П., 1912). Но и в настоящее время нет единой теории, объясняющей природу

суицидов. Можно говорить только об отдельных теоретических концепциях этой проблемы (Кондратенко В. Т., 1988).

Условно выделяют три основные концепции: психопатологическую, психологическую и социальную.

*Психопатологическая концепция* исходит из предположения о том, что все самоубийцы — это душевно больные люди, а все суицидальные действия — проявление острых и хронических психических расстройств.

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 суицидомании (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 психоаналитическую, экзистенциальную и поведенческую теории.

З. Фрейд рассматривал самоубийство как проявление «инстинкта смерти», который может выражаться в агрессии и, как частный случай, в аутоагрессии. Психоаналитики 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.

Распространено также толкование суицида как трансформированного любовного влечения, когда лица, совершающие самоубийство, надеются, что после смерти они воссоединятся с любимой или с умершими родственниками, либо уповают на то, что, умерев, они обретут ту любовь и сочув-

стве, на которые тщетно надеялись при жизни, либо как стремление снять напряжение, вызванное кризисным состоянием.

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

Поведенческая теория исходит из понятия «рефлекс цели» (Павлов И. П., 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 бессмысленна? Конечно, цели человеческой жизни безграничны и неисчерпимы. Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него происходит чаще всего мимолетное и только короткое — продолжительное задерживание, торможение рефлекса цели».

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

Роль психологических факторов в формировании суицидального поведения велика, однако их необходимо рассматривать в совокупности с социальными и биологическими факторами (Амбрумова А. Г., 1983).

Основоположение *социологической концепции*, Эмиль Дюркгейм (1898–1912), считал, что в основе суицидального поведения лежат «снижение и неустойчивость социальной интеграции». По мнению Дюркгейма, 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 факта, что социальные факторы занимают видное место среди причин 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 концепций являются работы отечественного психиатра профессора А. Г. Амбрумовой (1978 с соавт., 1981), которая предлагает свою концепцию суицидального поведения. Согласно этой концепции, суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Основные положения этой концепции следующие.

Совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями:

- 1) больные психическими заболеваниями;
- 2) лица с пограничными нервно-психическими расстройствами;
- 3) практически здоровые люди.

Количественное соотношение 1, 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 возможности успешно справляться со своими социальными функциями или в патологической трансформации поведения. Субъективно дезадаптация проявляется широким диапазоном — от психологических переживаний, негативно окрашенных (тревога, горе, обида, душевная боль и др.) до выраженных психопатологических синдромов (астения, депрессия, дисфория).

В динамике социально-психологической дезадаптации выделяют две фазы: первая — predisposиционная; вторая — суицидальная (с момента зарождения суицидальных тенденций до покушения на жизнь). Для перехода predisposиционной фазы в суицидальную решающее значение имеет конфликт. Конфликт образуется из двух разнонаправленных тенденций, одна из которых основная, актуальная в данный момент потребность человека, другая тенденция — препятствие ее удовлетворению. Исходя из этого различают:

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

— внешний (интерперсональный) — одна из составляющих 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* — на основе первичного конфликта в одной сфере возникает вторичный, производный от него конфликт в иной сфере.

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

Суицидогенный конфликт, как и депрессия, проходит две фазы. Первая — предрасположительная — 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 острыми переживаниями и стремлением его ликвидировать.

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

— значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта;

— субъективную оценку различных вариантов решений как неэффективных или неприемлемых.

Для принятия окончательного решения о самоубийстве необходима личностная переработка конфликтной ситуации.

Таким образом, генез суицидального поведения определяется соотношением средовых, личностных и (при наличии психического расстройства) психопатологических факторов.

**Классификация суицидальных проявлений.** Отправной пункт этой классификации, разработанной в Суицидологическом центре Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, определяет самоубийство как намеренное лишение себя жизни (Дюркгейм Э., 1898, 1912).

Суицидальным поведением называют любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

Внутренние формы суицидального поведения:

- мысли;
- представления;
- переживания;
- суицидальные тенденции: замыслы, намерения.

Возникновению осознанных суицидальных тенденций предшествуют так называемые антивитальные переживания, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни («не живешь, а существуешь», «жить не стоит»).

Различают три степени перехода во внешние формы.

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

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

Третья ступень — суицидальные намерения — присоединение к замыслу решения и волевого компонента. Суицидальные намерения приводят к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидальным.

Выделяются два типа пресуицидального периода:

1. Аффективно-напряженный — время перехода от замыслов к действию короткое, высока интенсивность эмоциональных переживаний.

2. Аффективно-редуцированный тип, к которому относятся эмоционально «холодные», астенические разновидности, интенсивность эмоций низка, позиция личности пассивная, пресуицидальный период носит прогнозируемый характер — «пассивное согласие на смерть».

Внешние формы суицидального поведения:

1. Суицидальная попытка.
2. Завершенный суицид.

Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Соотношение суицидальных попыток и завершенных суицидов — 10:1 (Каштан Г. И., Сэдокс Дж., 1994).

Выяснение истинных мотивов (побудительных сил) суицидального поведения — сложная задача. 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 непосредственный повод, ближайшие события или субъективно искаженные версии (мотивировки). Тем не менее их систематизация 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 А. Г., 1983):

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, заботы со стороны окружающих.

9. Половая несостоятельность.

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.

IV. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента

1. Опасение судебной ответственности.

2. Боязнь наказания или позора.

3. Самоосуждение за неблагоприятный поступок.

V. Конфликты 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 (1978, 1981), для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты:

— импульсивность;

— эксплозивность («взрывчатость») и эмоциональная неустойчивость;

— повышенная внушаемость;

— неадекватность 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.

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.

К числу наиболее частых причин суицидов среди подростков А. Е. Личко 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 повышенного суицидального риска (Амбрумова А. Г., 1983; Бородин С. В., Михлин А. С., 1978).

При формировании суицидальных тенденций у подростков особо важную роль отводят таким факторам, как психопатологическая и наследственная отягощенность (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 интерперсональные факторы повышенного суицидального риска (Амбрумова А. Г., 1983). Наиболее важными экстраперсональными факторами повышенного суицидального риска являются:

1. Психозы и пограничные психические расстройства
2. Суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицидальный период (до трех месяцев).
3. Подростковый возраст.
4. Экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия (тюремное заключение, одиночество и т. п.).
5. Утрата семейного и общественного престижа, особенно престижа в группе сверстников.
6. Конфликтная и психотравмирующая ситуация.
7. Пьянство и употребление сильнодействующих психотропных средств.

К интерперсональным 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 и личностных возможностей.
5. Отсутствие или утрата 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 (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) риск суицидального поведения более выражен:

- у молодых больных (в том числе подростков и юношей) с хроническим рецидивирующим течением заболевания;
- при высоком преморбидном (доболезненном) интеллектуальном и социальном уровне;
- при наличии высокого уровня притязаний;
- в случае панической реакции на болезнь;
- при восприятии будущего как полного безнадежности (Drako R. et al., 1984).

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ САМОУБИЙСТВ

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 суицидоопасного поведения;
- поиском и тренингом не апробированных 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 (1987), состоит из трех основных этапов (табл. 2):

- 1) кризисная поддержка;
- 2) кризисное вмешательство;
- 3) повышение уровня социально-психологической адаптации.

Таблица 2

Этапы и формы кризисной психотерапии у подростков

Этапы психотерапии	Предпринимаемые психокоррекционные меры
Кризисная поддержка	1. Установление терапевтического контакта. 2. Раскрытие суицидоопасных переживаний. 3. Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения. 4. Заключение терапевтического договора.



Кризисное вмешательство	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рассмотрение не опробованных ранее способов разрешения кризисной проблемы.</li> <li>2. Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса.</li> <li>3. Коррекция неадаптивных психологических установок.</li> <li>4. Активизация терапевтической установки.</li> </ol>
Повышение уровня социально-психологической адаптации	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тренинг не опробованных ранее способов проблемно-решающего поведения.</li> <li>2. Выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных психологических установок.</li> <li>3. Расширение сети социальной поддержки подростка путем привлечения к психокоррекционной работе близких лиц из его микросоциального окружения.</li> </ol>
Формы кризисной психотерапии	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Индивидуальная.</li> <li>2. Семейная.</li> <li>3. Групповая.</li> </ol>

## ЭТАПЫ КРИЗИСНОЙ ПОДДЕРЖКИ

**Установление терапевтического контакта** требует, чтобы подросток-пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Необходимо создать у подростка 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.

**Гасккрытие суицидоопасных переживаний** происходит при безусловном принятии подростка, что повышает его самопринятие, сниженное в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование подростком подавляемых эмоций, что уменьшает аф-

фективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кризисной ситуации материал игнорируется с помощью избирательного выслушивания, что способствует кризисной ориентации психотерапии.

В процессе беседы следует обращать пристальное внимание на «факторы суицидального риска» (Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж., 1994, 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 целесообразно прямо спросить подростка, есть ли у него желание умереть. Бытовавшие в прежние годы опасения, что прямой вопрос может натолкнуть пациента на мысль о самоубийстве, малообоснованно: у пациента 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 его самооценку и не актуализировать тем самым суицидоопасные переживания.

Заключение терапевтического договора предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование

ее в понятных подростку терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации психотерапии 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.** К любому разговору на тему самоубийства и соответствующим действиям необходимо относиться серьезно и обращать на них внимание.

Если подросток находится в депрессии (расстройства настроения встречаются у 15% подростков и юношей) (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994), 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 (Вулис Р., 1998).

Если возникнет впечатление, что подросток готовится к самоубийству, постарайтесь выяснить, есть ли у него конкретный план действий. Чем острее ситуация, тем важнее:

— обратиться за профессиональной психотерапевтической помощью;

— постараться добиться от подростка обещания, что он не будет действовать под влиянием нахлынувших чувств, не поговорит 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 зна-

чительно 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 годовой перестройки.

**КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО** имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы подростка, при этом решаются следующие задачи:

**Рассмотрение неопробованных способов разрешения кризисной** проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми подросток мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые отношения, облегчающие его 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 столько мягкость психотерапевта, сколько его усилия по 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, глубоко интериоризируются, что затрудняет для подростка осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции.

**Коррекция неадаптивных психологических установок** осуществляется прежде всего в отношении суицидогенной ус-

тановки — представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снизить значение доминирующих ценностей удастся путем актуализации антисуицидальных факторов. Необходимо отметить, что попытки прямой девальвации ценности, конкурирующей 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 суицидоопасных реакций, оказывается необходимой выработка мотивации к перестройке коммуникативной сферы.

**Активизация терапевтической установки** необходима для переключения усилий подростка с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Одновременно с поощрением успехов подростка в выполнении терапевтического плана и других проявлений зрелости его внимание обращается на его 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.

**ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ** осуществляется тогда, когда решение кризисной проблемы требует расширения адаптационных возможностей индивида.

Этап **тренинга навыков адаптации** начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте. На данном этапе осуществля-

ется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт, таких как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, доминирование любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевого тренинга, психодрамы и аутогенной тренировки. Проигрывание 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 поло-ролевого поведения, подкрепляется представление о собственной привлекательности.

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

**Окончание кризисной психотерапии** является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения подростка, составляются реалистические планы на будущее и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долгосрочной терапии, и в случае необходимости вырабатывается мотивация к ее проведению. Окончанию кризисной психотерапии посвящаются 1 — 2 беседы, так как преждевременное начало этой работы может усилить тревогу подростка по поводу предстоящего прекращения лечения. Если тре-

вога все же нарастает, необходимо разделить это чувство, подчеркнуть выполнение намеченной в начале лечения программы, выяснить причины тревоги, обсудить их обоснованность.

Этап **кризисного вмешательства** посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание подростком у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения кризисной ситуации.

**Особенности психотерапии при отдельных видах критических ситуаций.** При наличии конфликта подростка с родителями и другими родственниками психотерапевт в фазе установления контакта выполняет функции посредника, избегая роли «третьей стороны» и тем более принятия чьей-либо стороны в конфликте (этим психотерапевт в корне отличается от благожелательных родных и знакомых, тщетно пытающихся направить «заблудшую овечку» на путь истинный).

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

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

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 клиентами в амбулаторных условиях (при категорическом отказе от госпитализации) важно создание атмосферы, в которой психотерапевт, психолог чувствовал бы себя свободным как от суицидального шантажа со стороны пациента, так и от соответствующего давления со стороны его родственников.