

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневич



«*14*» *ноября* 2018 г.

Регистрационный номер 146-1118

**МЕТОД КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ
С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ В ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ
СУИЦИДОПАСНОЙ СИТУАЦИИ**

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ - РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья»

АВТОРЫ:

канд. мед. наук, доц. А.П. Гелда, Е.Г. Горюшкина, К.Е. Рунец,
В.Н. Шаденко

Минск, 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод кризисной терапии пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, совершивших суицидальную попытку, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-психиатров-наркологов и врачей-психотерапевтов организаций здравоохранения (далее — врач-специалист), оказывающих медицинскую помощь пациентам, страдающим непсихотическими психическими расстройствами, в стационарных условиях.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ

Стандартное оборудование кабинета врача-специалиста в психиатрическом стационаре.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Органические непсихотические психические расстройства (F06.3-F06.8; F07), употребление психоактивных веществ с вредными последствиями (F10.1-F19.1) или с синдромом зависимости (F10.2-F19.2), невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40-F43; F45; F48.0), расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F60-F69), поведенческие и эмоциональные расстройства в подростковом возрасте (F90-F92).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Противопоказания к применению метода — нет.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Метод, изложенный в настоящей инструкции, реализуется в несколько этапов сессий кризисной терапии — этапа кризисной поддержки (сессии №№ 1–3), этапа кризисного вмешательства (сессии

№№ 4–7) и этапа восстановления докризисного уровня адаптации (сессии №№ 8–9).

I. Первая сессия.

Основная цель — вербализация проблемы и купирование негативных эмоциональных переживаний у пациента.

Пошаговые действия.

1.1. Установление доверительного контакта и эмпатии, создание конструктивного психотерапевтического диалога:

- процедура знакомства: представление врача-специалиста и определение целевых задач терапевтических сессий, идентификация личности пациента, совершившего суицидальную попытку, и его микросоциального окружения (проведение биографического, социально-демографического и микропсихологического интервью);

- процедура оценки душевного состояния пациента. Круг задаваемых вопросов в направлении от менее к более лично значимым: самооценка характера (характерологических особенностей), об увлечении (хобби) и личных привычках, об отношениях с микросоциальным окружением, в первую очередь с лицами близкого круга, о способности позитивного контактирования (налаживания межличностных взаимоотношений) с окружающими, об аппетите и сне, о настроении, о переживаниях (чувствах и ощущениях) и прочее. Форма задаваемых вопросов — краткая, прямой и открытый вопрос: «Какой Вы человек по характеру?.. Расскажите о своих увлечениях и о своих привычках?.. Какое сейчас у Вас настроение?..» и т.д. Допускаются уточняющие вопросы при косвенном описании своих чувств: «У меня нет настроения», — уточняющий вопрос: «Вас беспокоит тоска, тревога, досада, ощущение бессилия?.. Или что-то иное?». Заканчивается процедура вопросом о причине самопокушения: «Почему Вы так сделали?.. Что Вас побудило

это совершить?..». При оценке эмоционального состояния пациента делается акцент на самораскрытие переживаемых чувств тоски, тревоги, гнева, печали, обиды и враждебности к обидчику, бессилия, беспомощности, эмоциональной изоляции и безнадежности;

- процедура оценки личностно значимой суицидоопасной проблемы. Проблема пациентом была озвучена на предыдущем этапе проведения сессии. Круг задаваемых открытых вопросов очерчен фабулой проблемы при соблюдении установки: позволить пациенту максимально полно рассказать свою историю. Посредством приема фокусировки проблемы без ее анализа проводится оценка эмоциональной и когнитивной составляющей переживаемого пациентом психологического дистресса и усиливается процесс эмоционального отреагирования на психотравмирующую ситуацию.

В процессе ведения данной сессии по установлению эмпатического контакта (как и во время ведения последующих сессий) соблюдаются правила активного слушания и приемы ведения и поддержания продуктивной беседы. Сосредоточенность пациента на своих чувствах с внешними проявлениями с его стороны признаков эмоциональной разрядки свидетельствует об установлении доверительных отношений и формировании конструктивного диалога, что позволяет перейти к проведению последующих этапов психотерапевтической коррекции.

1.2. Процедура суицидодиагностики, ведомая от лица врача-специалиста (схематизированная по пунктам: мотивы и повод, суицидальный план и обстоятельства совершенной попытки, личностный смысл суицидального поведения и тип непатологической ситуационной реакции, суицидальные мысли и попытки в прошлом, тип постсуицидального состояния, статусные суицидогенные и

антисуицидальные факторы, форма защитного поведения в психотравмирующих ситуациях).

Элементы процедуры суицидодиагностики использовались на предыдущем этапе психокоррекции, поэтому конкретный сценарий процедуры определяется потребностью уточнения недостающих звеньев в суицидогенезе аутоагрессивного поведения у пациента.

Актуализация эмоциональных переживаний у пациента купируется посредством приема отражения и разделения эмоций (сочувственной вербализации переживаний пациента).

1.3. Завершение сессии, проводимое в произвольной форме от имени врача-специалиста: «Наша встреча заканчивается. Вы хороший человек. Мне понятны Ваши проблемы. Я открыт и готов Вам помочь. Наша следующая встреча будет...». Назначается дата и время следующей сессии с определением ее терапевтических задач и пошаговых действий, что позволяет купировать обусловленное ожиданием расставания состояние ситуационной фрустрированности у пациента и психологически его настроить к последующей встрече. Далее следуют слова прощания: «До свидания. До новых встреч».

II. Вторая сессия.

Является логическим продолжением первой. Проведению сессии предшествует тщательная подготовка с учетом анализа материала предыдущей, в первую очередь с учетом полученных данных суицидодиагностики.

Основная цель — опосредованная гетероидентификация пациентом своих эмоциональных переживаний и форм управления ими.

Пошаговые действия.

2.1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций терапевтического сообщества.

Применяется классический прием узнавания эмпатических контактов и расширения доверительных границ коммуникации.

2.2. Упражнение «Создайте отрицательную эмоцию».

Цель: через вербализацию мыслей и воспоминаний о неприятных событиях из прошлой жизни нивелировка негативных ощущений переживаемого кризиса.

Тактика врача-специалиста: попросить вспомнить несколько (не более двух) неприятных событий (моментов) из прошлой жизни пациента; при помощи наводящих вопросов по очередности к каждому обсуждаемому событию попытаться пробудить у пациента вербализировать весь спектр пережитых негативных чувств и ощущений (модельные подсказки: «А еще, какие чувства Вы испытывали: может быть, Вы были расстроены, обеспокоены, опечалены, напуганы, обижены...»).

В заключение беседы: «Нет абсолютно счастливых людей. Каждый человек в своей жизни переживал неприятные события и вызванные ими неприятные чувства и ощущения. Но, он успешно с ними справлялся, также как и Вы с этими неприятными событиями и этими неприятными чувствами и ощущениями, о которых Вы вспомнили, и мы только что с Вами их обсудили. Как видите, Вы способны самостоятельно справляться с неприятными моментами и ситуациями в Вашей жизни».

2.3. Упражнение «Создайте положительную эмоцию».

Цель: через вербализацию мыслей и воспоминаний о приятных событиях из прошлой жизни активация позитивных эмоций.

«Каждый человек в своей жизни переживал приятные ее моменты, сопровождающиеся ощущениями счастья, радости, блаженства, спокойствия и рядом других приятных для него чувств и ощущений. Вы не исключение из этого правила. Пожалуйста, вспомните несколько таких

моментов из Вашей жизни. Вспомните и назовите несколько таких примеров из Вашей жизни. Приведите любые примеры, какие посчитаете нужными».

Тактика врача-специалиста: позволить вспомнить и самостоятельно выбрать любое событие (любую сцену) из прошлой жизни пациента переживания им эмоционально положительных ощущений и положительных эмоций.

«Давайте сейчас рассмотрим одно из этих приятных для Вас событий. Пожалуйста, расскажите подробнее об этом событии. Еще раз вспомните, как все происходило».

Тактика врача-специалиста: при помощи наводящих вопросов попытаться пробудить у пациента вербализировать им как можно более подробные воспоминания об этом конкретном жизненном событии.

Желательным является разобрать более одного модельного примера (два-три).

2.4. Завершение сессии в соответствии с пунктом 1.3 настоящей инструкции.

III. Третья сессия.

Является логическим продолжением предыдущих сессий кризисной поддержки.

Основная цель — коррекция эмоциональных неадаптивных установок, ведущих к суицидоопасным переживаниям.

Пошаговые действия.

3.1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций терапевтического сообщества в соответствии с пунктом 2.1 настоящей инструкции.

3.2. Упражнение «Узнать негативную эмоцию».

Цель: контролируемое врачом-специалистом узнавание пациентом связи негативных эмоций с негативными мыслями.

Указания для врача-специалиста. Проведенная суицидодиагностика позволяет врачу-специалисту определить взаимосвязь переживаемых пациентом в момент кризиса негативных эмоций с негативными мыслями, созвучными этим эмоциям. Озвученные пациентом негативные эмоции им непроизвольно «озвучиваются» в форме мыслей при идентификации мотивации к совершению акта самопокушения. К примеру, в ситуации расставания с партнером эмоции гнева, раздражения, обиды и другие по отношению к партнеру мысленно им озвучиваются как высказывания: «не могу с ним (с ней) расстаться», «люблю», «так много для него (ее) сделал (а)» и пр.

Врачу-специалисту следует выделить наиболее значимые негативные эмоции (не менее 3, но не более 5-6) и выбрать «озвученные» пациентом сопутствующие им его мысли для последующего использования (при необходимости) в качестве подсказки со стороны врача-специалиста при проведении упражнения.

Тактика врача-специалиста: после идентификации врачом-специалистом у пациента всего спектра (или большей его части) негативных эмоций, непосредственно предшествовавших акту самопокушения, тактично предложить обратиться к рассмотрению и анализу этих эмоций (эмоциональных переживаний).

«Давайте рассмотрим некоторые из неприятных для Вас эмоций, которые Вы переживали непосредственно перед тем, как это сделать... (для некоторых пациентов, возможно, указуя уточнить: «пытались вскрыть вены», «наглотались таблеток», «пытались повеситься» и пр.). Я начну Вам подсказывать... (к примеру, подсказка врача-специалиста:

«Испытывали гнев и раздражение»). А еще какие? Вспомните из них, хотя бы самые сильные...».

Позволить пациенту в произвольной форме вспомнить и назвать 3-5 наиболее значимых для него негативных эмоциональных переживаний периода времени, предшествовавших акту самопокушения (при необходимости с наводящими подсказками со стороны врача-специалиста).

«А сейчас, пожалуйста, по отношению к каждой негативной эмоции, озвученной Вами, попытаемся вспомнить Ваши мысли в тот момент времени, созвучные с этой конкретной эмоцией (при необходимости следует подсказка врача-специалиста, к примеру, в ситуации разрыва отношений с партнершей: «Испытывали гнев и раздражение, а о чем в этом момент думали, какие Ваши мысли были созвучны этому чувству?» «... как много для нее сделал, а она решила со мной расстаться» — это и есть Ваши мысли, созвучные Вашим эмоциям гнева и раздражения»).

Последующая тактика врача-специалиста — замена негативных эмоций на противоположные им позитивные и созвучные с этими замещенными эмоциями мысли (или мысленные образы).

«Эмоциональные переживания человека попарно связанные. Каждой негативной эмоции соответствует своя пара позитивной, положительной эмоции, и связанные с ней мысли, мысленные образы и действия. Для примера, негативной эмоции печали — эмоция радости, и когда у человека появляются такие приятные ощущения: мысли о достигнутой цели, мысли или мысленные представления о предстоящем просмотре хорошего фильма и многое-многое другое мысленно созвучное с эмоцией радости.

Давайте подберем для каждой, озвученной Вами, негативной эмоции противоположную ей по ощущениям позитивную эмоцию и связанные с

этой эмоцией, ею опосредованные, мысли или какие-то мысленные образы. Если Вы испытываете затруднения, с Вашего позволения я где-то Вам буду подсказывать».

3.3. Упражнение «Внутренний диалог».

Цель: через вербализацию мыслей текущего момента времени нивелировка негативных ощущений переживаемого кризиса.

«Люди постоянно ведут внутренний диалог с самим собой. Про себя, а иногда вслух непрерывно разговаривают с собой, вынося оценки каким-то своим поступкам, давая советы себе на будущее, мысленно прорабатывают новые стратегии и принципы поведения. Прошло уже некоторое время после того, как Вы это сделали... Вчера, сегодня или сейчас, какой внутренний диалог с самим собой Вы ведете?.. Какие мысли появляются у Вас в оценке пережитого Вами события?.. С Вашего разрешения давайте обсудим «ваш внутренний диалог с самим собой». Назовите хотя бы 3-4 Ваши мысли, звучащие в вашей голове. Озвучьте их».

Тактика врача-специалиста: позволить самостоятельно озвучить текущие мысли пациента (или его размышления) касательно пережитого (переживаемого) психотравмирующего кризисного события.

«А какие эмоции и ощущения сейчас у Вас созвучны с этими Вашими мыслями? Пожалуйста, подробнее о них расскажите».

Тактика врача-специалиста: позволить пациенту самостоятельно в произвольной форме рассказать о своих текущих эмоциональных ощущениях. При необходимости с учетом озвученного пациентом содержания его «внутреннего диалога», его текущих мыслей и размышлений использовать подсказки: «Может быть ощущения сожаления, раскаяния, гнева, раздражения...».

3.4. Завершение сессии в соответствии с пунктом 1.3 настоящей инструкции.

IV. Четвертая сессия.

Основная цель — вербализация проблемы и интеллектуальное осмысление психотравмирующей ситуации.

Пошаговые действия.

4.1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций терапевтического сообщества в соответствии с пунктом 2.1 настоящей инструкции.

4.2. Анализ проблемы и ее разделение на части (подпроблемы).

Проведение процедуры определяется наличием сформировавшейся у пациента психологической готовности к детальному обсуждению психотравмирующей ситуации.

Интеллектуальное осознание внутреннего смысла значимой для пациента суицидоопасной проблемы опосредуется выполнением следующих пошаговых действий:

- актуализация проблемной ситуации — не навязывать оценочные суждения, указать на аналогичность ситуаций и переживаний у других людей. Кратко озвучить фабулу текущей суицидоопасной ситуации и привести примеры альтернативного самопокушению выхода из душевного кризиса других людей (примеры из собственной практики врача-специалиста). Спросить об имевших место в прошлом у пациента психотравмирующих ситуациях: «В жизни у любого человека были неприятные ситуации. И у Вас тоже. Вспомните некоторые из них, кроме тех которые мы уже обсуждали во время нашей второй встречи» (см. пункт 2.2 настоящей инструкции). Уточнить события и обстоятельства возникновения таких ситуаций, применявшиеся способы их разрешения, использование внешних источников психологической и практической

поддержки. При расспросе провести детальное уточнение адаптивных способов разрешения конфликтных ситуаций и форм внешней поддержки с положительным подкреплением личных успехов и достижений по преодолению жизненных трудностей («Совершенно правильно поступили в этой ситуации... Ваши действия были адекватны ситуации... Правильно поступили, обратившись за помощью к другим людям...» и прочее). Осознание пациентом значимости внешней поддержки и актуализация продуктивных форм личных психологических защит повышает уверенность в своих возможностях по разрешению текущего суицидального кризиса;

- структурирование ситуации во временной последовательности ее кризисного развития — уточняющими вопросами проследить этапность развития психотравмирующей ситуации и вычленить наиболее важные события формирования кризиса. Совместное обсуждение причинной связи между определенной последовательностью развития ситуации и предшествующими событиями актуализирует у пациента критическое осмысление ситуации и способствует снятию ощущения безысходности и тупика;

- разделение проблемы на части (подпроблемы) — выделить узловые моменты конфликта и провести их аналитический разбор в контексте побуждения пациента к изменению личной позиции по отношению к рассматриваемой проблеме (подпроблеме). Пример: в конфликтной ситуации неудовлетворения поведением детей: «Чувствуется, что их поведение Вас раздражает и обижает? Вы предпринимали какие-либо попытки изменить форму их поведения? Понять, почему они поступают именно так?». Так поставленный вопрос требует от пациента анализа собственной позиции, направленной на изменение неудовлетворительного поведения детей. Наводящими вопросами всегда можно получить от

пациента ответ, прямо или косвенно говорящий об изменении его позиции к имевшему (имеющим) место проблемам и трудностям;

Как и на предыдущих этапах терапии, используется прием отражения и разделения эмоций для дезактуализации эмоциональных переживаний у пациента.

4.3. Упражнение «Проблемная ситуация: ожидания и требования».

Пояснения для врача-специалиста. Ожидания — это то, что индивидуум хочет от себя, других и мира в целом; это его собственные притязания на то, как он должен себя вести; могут быть заниженные или завышенные ожидания относительно себя, других или мира. Требования — когда индивидуум нуждается в достижении желаемого, то ожидания становятся требованиями.

Цель: контролируемое врачом-специалистом узнавание пациентом своих ожиданий и требований.

Указания для врача-специалиста. 1) Озвучить проблемную ситуацию, составить список ожиданий для себя и требований к себе для успешного разрешения проблемной ситуации (с позиции пациента). 2) С позиции пациента: представить наилучший исход в данной ситуации (им желаемый). 3) С позиции пациента: представить достаточно приемлемый исход в данной ситуации (им желаемый минимум). 4) С позиции пациента: представить наихудший исход в данной ситуации (возможный, но не желаемый).

Тактика врача-специалиста: в совместной беседе (допускаются подсказки врача-специалиста) в устной форме составляется список ожиданий и требований, лично значимый для пациента, и обсуждаются предложенные пациентом и приемлемые для него исходы успешного разрешения кризисной ситуации. Врач-специалист не акцентирует внимание пациента на завышенные его притязания и неадекватные

требования и их не интерпретирует: «Возможно и такое разрешение проблемной ситуации, Вас устраивающее». Врач-специалист должен позволить пациенту узнать и озвучить весь «список ожиданий и требований»: как неадаптивных, так и адаптивных.

4.4. Упражнение «Представления о своей успешности».

Пояснения для врача-специалиста. Представления о своей успешности имеют определяющее значение в достижении цели; завышенные ожидания ведут к занижению способности достичь цели.

Цель: контролируемое врачом-специалистом узнавание пациентом представлений о своей успешности.

«Я уверен, что у Вас были жизненные проблемные ситуации, с которыми Вы успешно справились. Пожалуйста, вспомните одну из таких проблемных ситуаций, озвучьте ее, и расскажите, с Вашей точки зрения, почему Вы с ней успешно справились? Может быть, какие-то черты Вашего характера помогли Вам успешно разрешить эту проблемную ситуацию, или были другие обстоятельства?».

Тактика врача-специалиста: позволить пациенту подробнее рассказать об этой, самостоятельно им выбранной, модельной ситуации с акцентуацией внимания пациента на его способностях (индивидуально-личностных, жизненных установках и др.) для успешного разрешения данной проблемной ситуации. Далее при поддерживающем сочувствии и одобрении со стороны врача-специалиста предложить пациенту предсказать его способность успешно справиться с текущим жизненным кризисом: «Как видите, Вы способны успешно справляться с проблемными ситуациями в Вашей жизни. Как Вы считаете, какие свои способности Вы не использовали, чтобы успешно справиться с текущей ситуацией?».

4.5. Завершение сессии в соответствии с пунктом 1.3 настоящей инструкции.

V. Пятая сессия.

Основная цель — фокусировка проблемы и интеллектуальное осмысление личного вклада в ее формирование.

Пошаговые действия.

5.1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций терапевтического сообщества в соответствии с пунктом 2.1 настоящей инструкции.

5.2. Определение и прояснение личного смысла суицидогенного конфликта.

Проведение процедуры определяется сохранением у пациента психологической готовности к детальному обсуждению психотравмирующей ситуации.

Интеллектуальное осознание личного смысла значимой для пациента суицидоопасной проблемы опосредуется выполнением следующих пошаговых действий:

- оценка личного вклада в развитие конфликтной ситуации.

Указаниями со стороны врача-специалиста, что в формировании кризиса участвуют несколько сторон, одна из которых — пациент, и, используя наводящие вопросы, допускающие предположения, позволить пациенту самостоятельно устанавливать приоритеты отдельных аспектов личной ответственности в развитии конфликтной ситуации: «Эмоциональная несдержанность, зависимость от других людей, повышенное чувство ответственности, болезненное восприятие критики... и ряд других индивидуальных особенностей человека способствуют возникновению душевного кризиса. Вероятно, и Ваши некоторые особенности характера могли сыграть свою неблагоприятную роль?.. (пауза для размышления и

ответа на вопрос)... Вероятно, Вы человек, который не может прощать?.. Так уж ли несправедливы требования Ваших родителей?.. (в ситуации конфликта с родителями) ... Вашей жены?.. (в ситуации конфликта с женой) ... Ваших детей?.. (в ситуации конфликта с детьми)» и другие вопросы;

- оценка требований пациента в ситуации сформировавшегося суицидального кризиса. Напомнить, что в ситуации конфликта участвуют несколько сторон, каждая из которых имеет и предъявляет свои требования к противоположной стороне, как правило, отражаемые в форме претензий. Предложить пациенту составить список претензий к противоположной стороне конфликта (не ограничивая инициативу и свободу действий пациента, допускается участие врача-специалиста), после озвучивания которого следует предложение оценить позицию другой стороны конфликта: «В Вашей истории конфликта Вами же озвучивались претензии в Ваш адрес с противоположной стороны. В частности, такие-то... Или, может быть, я не совсем правильно Вас понял?». В рассказе пациента претензии к нему противоположной стороны конфликта всегда присутствуют: либо прямо им высказываемые, либо в завуалированной форме. Во время проведения предыдущих сессий врачу-специалисту следовало их запоминать (фиксировать). После озвучивания актуальных для данной конфликтной ситуации претензий сторон, не навязывая своего мнения пациенту, следует предложение: «Так уж ли справедливы Ваши претензии к другой стороне конфликта?.. А претензии по отношению к Вам противоположной стороны конфликта?..». Проводимый пациентом самоанализ внутренне подготавливает его к ответу на следующий вопрос: «Как Вы думаете, в какой степени Ваша позиция в конфликте, Ваши требования к другой стороне конфликта повлияли на Ваш выбор: совершить покушение на собственную жизнь?».

Проведение процедуры позволяет пациенту взглянуть на проблему со стороны (дистанцироваться от нее) и разрушает негативный образ конфликтной ситуации, что в совокупности повышает уровень критического осмысления и овладения ситуацией.

5.3. Упражнение «Представление о причинах кризиса».

Является логическим продолжением предыдущего этапа сессии — отделять причины и следствия от ощущений; действительные причины от подозрений, неправильных установок.

Цель: контролируемое врачом-специалистом узнавание пациентом действительных причин переживаемого кризиса.

Тактика врача-специалиста: в свободной беседе позволить пациенту сосредоточиться на конфликтной ситуации при задаваемых вопросах: «Что вызывало проблему? Какие возможные причины? Какая из них является наиболее значимой? (составляется список всех причин, которые озвучивает пациент, с выделением из него ведущей). Поиск иных причин, не озвученных пациентом, не проводится. Деперсонализированное исследование причин кризиса, приведшего к самопокушению, — пациент сам для себя должен найти альтернативные объяснения. Директивные указания врача-специалиста на ошибочность альтернативного объяснения не приемлемы.

5.4. Завершение сессии в соответствии с пунктом 1.3 настоящей инструкции.

VI. Шестая сессия.

Основная цель — интеллектуальное осмысление антисуицидальных личностных резервов и формирование уверенности в своих возможностях в различных ситуациях социального репертуара.

Пошаговые действия.

6.1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций терапевтического сообщества в соответствии с пунктом 2.1 настоящей инструкции.

6.2. Выявление и определение антисуицидального барьера пациента — этапность проведения процедуры:

- совместная (при активной подсказке врача-специалиста) оценочная формулировка и обсуждение личного вклада в развитие конфликтной ситуации с общей (краткой по содержанию) проработкой деталей конфликта. Позволить пациенту в свободном изложении самостоятельно вспомнить и озвучить установленные и определенные на предыдущих сессиях (сессия № 5 настоящей инструкции) приоритеты личной ответственности в развитии конфликтной ситуации. Повторное обсуждение личного вклада в развитие конфликтной ситуации воспринимается пациентом психологически менее болезненно и позволяет выявить и раскрыть антисуицидальные личностные резервы, интеллектуальное осмысление которых способствует повышению самоуважения и уверенности в своих возможностях по разрешению текущего душевного кризиса;

- оценка личностных мобилизационных ресурсов пациента. Целенаправленным опросом выделить значимые для пациента антисуицидальные личностные ресурсы (выраженная эмоциональная привязанность, родительские обязанности, чувство долга и понятие о чести, представление о неиспользованных жизненных возможностях, зависимость от общественного мнения и др.). Первоначальная постановка вопроса краткая — на эмоциональную привязанность к значимому другому: «У Вас есть близкий Вам по духу человек?», на родительские чувства (родственные обязанности): «Расскажите о своих обязанностях в семье, об отношениях между членами семьи», на выраженное чувство

долга и понятие о чести: «Вы человек обязательный?», на представление о неиспользованных жизненных возможностях: «Нет сожаления по поводу поставленных Вами и недостигнутых целей?», на зависимость от общественного мнения: «Мнение других людей, мнение общества — всегда ли оно важно для человека?», на наличие планов, определяющих цель в жизни: «Каждый человек в той или иной степени планирует свою жизнь. Как Вы себе представляли свою будущую жизнь?», на наличие эстетических критериев в мышлении: «Для Вас очень важно всегда быть в хорошей форме, всегда выглядеть красивым? Или, к примеру, в домашней обстановке это не так уж и важно?» и др. Полнота ответа на поставленный вопрос позволяет определить фактор (факторы) как антисуицидальный личностного ресурса. Последующими вопросами требуется максимально полно вербализировать значимый для пациента фактор (факторы) антисуицидального личностного ресурса. Установка для врача-специалиста — ситуативное одобрение. Примеры: «Ваша эмоциональная привязанность к этому человеку позволяет всегда рассчитывать на его поддержку... У Вас высоко развито родительское чувство, что является надежной опорой в трудных жизненных ситуациях... Обостренное у Вас чувство долга и понятие о чести должно служить ориентиром выбора правильного решения в конфликтных ситуациях... Для Вас значимым является общественное мнение, и Вы правильно делаете, что к нему прислушиваетесь...» и т.д.;

- оценка внешних мобилизационных ресурсов пациента. Целенаправленным опросом выделить значимые для пациента антисуицидальные ресурсы микросоциального окружения (семья, друзья, коллеги по работе, товарищи по учебе и пр.). Применяется та же тактика постановки вопросов: от простых к полным вопросам для максимальной вербализации значимых для пациента антисуицидальных факторов

микросоциального окружения с обязательным положительным подкреплением («Как видите, Ваша семья надежный помощник для преодоления жизненных трудностей... У вас есть друзья, к которым Вы можете обратиться за помощью... Вам доступна помощь и Вам готовы помочь коллеги по работе... товарищи по учебе...») и т.д.).

При проведении упражнения используется прием отражения и разделения эмоций для дезактуализации эмоциональных переживаний у пациента.

6.3. Упражнение «Жизненные ориентиры».

Цель: контролируемое врачом-специалистом узнавание пациентом его жизненных ориентиров и наиболее важных событий из его прошлой жизни.

Тактика врача-специалиста: в свободной беседе позволить пациенту вспомнить и озвучить ряд критических событий, случившихся в жизни пациента, не только негативных (к примеру, смерть близкого ему человека), но и позитивных (к примеру, окончание школы, его свадьба): «При проведении предыдущих сессий мы разбирали Вами озвученные некоторые важные события из Вашей прошлой жизни (сессии №№ 2-4 настоящей инструкции; можно напомнить пациенту фабульное содержание озвученных пациентом событий). Но в жизни каждого человека было много таких пережитых им событий, как приятных для него, так и неприятных. Предлагаю продолжить вспомнить и озвучить другие важные события из Вашей прошлой жизни».

Составляется список событий, позитивных и негативных, для последующего обсуждения с обращением особого внимания пациента на его выводах о произошедшем событии (обсуждению последовательно подлежат не более 3-4 позитивных и 3-4 негативных событий).

Составляется список позитивных событий: «Давайте вспомним и озвучим особо значимые для Вас 4–6 приятных событий, случившихся в Вашей жизни. Начнем с события окончания школы... А еще какие приятные и позитивные события Вы назовете?». Далее составляется список негативных событий: «Кроме текущего неприятного жизненного события, какие негативные события из своей прошлой жизни Вы могли бы вспомнить и озвучить? К примеру, в прошлом имевшие место конфликты со своими школьными друзьями, учителями или со своими родителями... Назовите 4–6 таких негативных событий».

Обсуждаются события с узнаванием пациентом жизненных ориентиров, осознанием и правильной интерпретацией произошедшего события: «С Вашего разрешения, обсудим некоторые события из составленного списка. Обсуждение начнем с события окончания Вами школы. Это судьбоносное событие в жизни каждого человека, которое запоминается на всю жизнь. Окончание школы — это вступление молодого человека в новую жизнь, с планами на эту новую жизнь и выбором профессии. Почему Вы приняли решение выбрать именно эту профессию, это было Ваше самостоятельное решение или по совету родителей, друзей, под влиянием других обстоятельств? Расскажите подробнее об этом, принятом Вами, решении: желания, мотивы, доводы и др.». В таком же контексте обсуждаются и другие события из выбранного списочного состава. Задача врача-специалиста наводящими вопросами позволить пациенту самостоятельно определить и озвучить свою точку зрения на прошедшее критическое событие и сформировать свои выводы о произошедшем событии.

Ретроспективная оценка критического события из прошлой жизни, не важно позитивного или негативного спектра, позволяет пациенту «узнать» и осознать свои жизненные ориентиры для успешного

функционирования в окружающем социуме, тем самым подготавливается «терапевтическая почва» для последующих терапевтических сессий конструирования жизненной позиции успешного преодоления текущей психотравмирующей ситуации.

6.4. Завершение сессии в соответствии с пунктом 1.3 настоящей инструкции.

VII. Седьмая сессия.

Основная цель — завершение этапа интеллектуального осмысления и овладения кризисной ситуацией с ее точной формулировкой (трансформация проблемы в задачу для решения).

Пошаговые действия.

7.1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций терапевтического сообщества в соответствии с пунктом 2.1 настоящей инструкции.

7.2. Формулировка кризиса.

Врачом-специалистом обобщается вся полученная информация и озвучивается точная формулировка психотравмирующей ситуации, ясная и психологически понятная для пациента. Допускается корректировка формулировок врача-специалиста, вносимая пациентом: «Вы согласны, или хотите, что добавить...».

7.3. Упражнение «Оспаривание».

Цель: в свободной беседе контролируемое врачом-специалистом узнавание пациентом его иррациональных мыслей и ложных убеждений.

Тактика врача-специалиста: в свободной беседе посредством серий логических вопросов фокусировать внимание пациента на его иррациональных мыслях и ложных умозаключениях. Беседа начинается с общей темы, отдаленной от фабулы переживаемой психотравмирующей ситуации: «Пожалуйста, еще раз расскажите о себе, о своих увлечениях,

интересах, хобби...». В процессе беседы на отвлеченные темы пациент сам придет к рассказу о текущей психотравмирующей ситуации; следует позволить ему выбрать произвольную тему такого рассказа, внимательно слушая и сопереживая, запоминая все его иррациональные ключевые высказывания и суждения с последующим их обсуждением и приведением не директивных доказательств против каждого конкретного иррационального убеждения. Пример, в межперсональном партнерском конфликте: «Я виноват...», врач-специалист: «Абсолютной вины нет. В конфликте между двумя партнерами виноваты оба. Как Вы полагаете: в чем заключаются Ваша вина, а в чем вина Вашего партнера?». Подобного рода используемые врачом-специалистом косвенные вопросы помогают пациенту найти собственные опровержения своим иррациональным умозаключениям. Следует поощрять обсуждение и оспаривание пациентом иррациональных мыслей каждый раз, как они проявляются. В то же время та их часть, которая устойчиво оспаривается пациентом, из обсуждения исключается.

Техника сократического диалога оспаривания иррациональных мыслей позволяет дезавуировать ложные убеждения, следственно связанные с возникновением суицидального поведения, и обеспечивает информацией для формирования рациональных когнитивных установок конструирования жизненной позиции успешного преодоления текущей психотравмирующей ситуации.

7.4. Упражнение «Создание диссонанса».

Цель: через контролируемое врачом-специалистом обсуждение когнитивное реструктурирование у пациента негативных суицидоопасных убеждений.

Тактика врача-специалиста: в директивном стиле ведения сессии через обсуждение специфичных для конкретного пациента

суицидоопасных убеждений (будущее безнадежно, текущая жизненная ситуация невыносима, нет никого, кто способен оказать поддержку и др.) изменение системы ложной реальности и нелогичности мышления. В процессе обсуждения суицидоопасных убеждений пациента тактично, но настойчиво указывать, что его суждения едва ли могут быть справедливыми, а сопутствующие им чувства являются иллюзией и нереальными, что его стереотипы мышления, фабулированные переживаемой кризисной ситуацией, полны противоречий и, скорее всего, ошибочны. Несмотря на то, что пациент будет активно противостоять такому конфронтационному переубеждению, не оспаривать и не подкреплять его ложные заблуждения; достигнуть момента времени, когда пациент будет вынужден смириться, и станет проявлять готовность соглашения с предлагаемой врачом-специалистом новой схемой мыслительной переоценки переживаемой кризисной ситуации. Следует учитывать, что такая готовность — половинчатая, а принимаемый пациентом *согласованный* паттерн рационального осмысления событий переживаемого кризиса не будет являться полным и будет содержать минимальное количество прежних ложных заблуждений. В то же время процесс «ломки» паттерна иррационального мышления пациента и его суицидоопасных убеждений запущен, за самим пациентом сохраняется возможность выбора наиболее реальной когнитивной стратегии выхода из переживаемого кризисного состояния.

Указания для врача-специалиста. К проведению данной сессии врач-специалист должен быть хорошо подготовленным с заранее отработанной схемой *согласованного* паттерна рационального осмысления пациентом переживаемого им кризисного события, в основу разработки которого врачом-специалистом положена вся известная ему суицидологическая информация (типы непатологической суицидоопасной ситуационной

реакции и постсуицидального состояния, мотив и категория личностного смысла суицидального поведения, антисуицидальные внутренние и внешние факторы и др.).

Некоторые примеры алгоритмов схем *согласованного* паттерна рационального осмысления событий переживаемого кризиса.

Модель проблемы: вызывающая острую психическую боль измена мужа останется в прошлом, наладится разрушенный быт и образ жизни, возникнут новые и более удовлетворительные супружеские и семейные отношения.

Модель проблемы: вызывающие острую психическую боль развод и уход мужа из семьи останутся в прошлом, ее ценность как человека не равно отношению к ней одного мужчины, напоминания о детях, которым она теперь еще больше необходима, и о родителях, которым она может причинить боль своим необдуманном поступком.

Модель проблемы неудачной любви у молодых людей: вызывающие острую психическую боль и чувство безнадежности разрыв отношений с партнером останутся в прошлом, так устроена эта жизнь: люди встречаются и расстаются, жизнь только начинается и впереди новые встречи, знакомства и новые чувства влюбленности с перерастанием в любовь, обязательно будет и семья, и дети, как и у всех людей, как и у Ваших родителей.

Техника сократического диалога когнитивного переструктурирования суицидоопасных убеждений является обобщающим результатом этапа кризисного вмешательства и направлена на «слом» системы иррационального мышления, лежащей в основе формирования суицидального поведения, способствует смене стереотипов мышления в психотравмирующей суицидоопасной ситуации и выбору устойчивых антисуицидальных когнитивных стратегий.

7.5. Завершение сессии в соответствии с пунктом 1.3 настоящей инструкции.

VIII. Восьмая сессия.

Основная цель — совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации.

Пошаговые действия.

8.1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций терапевтического сообщества в соответствии с пунктом 2.1 настоящей инструкции.

8.2. Мобилизация антисуицидальных внутренних и внешних ресурсов:

- активизация антисуицидальных внутренних ресурсов. Подробная проработка в ракурсе практического приложения антисуицидальных личностных резервов. Пример: модель проработки у пациента с высокой эмоциональной привязанностью к конкретному человеку. Вербализировать привязанность к конкретному человеку и спросить: «В будущем в ситуации душевного кризиса Вы могли бы обратиться к нему за помощью? Это на самом деле так?..»;

- активизация антисуицидальных внешних ресурсов (микросоциального окружения). Тактика проведения процедуры та же. Прорабатываются с использованием соответствующих вопросов актуально значимые для пациента антисуицидальные ресурсы микросоциального окружения. Некоторые примеры моделей проработки ресурсов микросоциального окружения. Семейные ресурсы: «У Вас отличная семья, к которой всегда можно обратиться за помощью в ситуации переживаемого душевного кризиса, не так ли?..»; межперсональных отношений с друзьями: «Ваши друзья всегда готовы Вам помочь в трудное для Вас время, это ведь, правда?..»; с коллегами по

работе: «Ваши хорошие отношения с коллегами по работе как гарантия их помощи для преодоления жизненных трудностей, я прав?..» или с товарищами по учебе: «Я полагаю, что близкие отношения с товарищами по учебе Вы намерены в будущем использовать для преодоления неблагоприятных для Вас ситуаций? Или я ошибаюсь?..».

Установка для врача-специалиста: постановка вопросов с учетом возраста, особенностей личности пациента, мотивов и обстоятельств данного самопокушения.

8.3. Исследование альтернатив.

- Процедура исследования факторов антисуицидального ресурса применительно к данной конфликтной ситуации.

Реструктуризация ситуации: «Вы знаете свои антисуицидальные внутренние и внешние ресурсы, которые помогли бы Вам достойно выйти из конфликтной ситуации, и Вы не совершили бы самопокушения... Вернемся к истокам ситуации. Как могли бы Вы воспользоваться своими антисуицидальными ресурсами, чтобы избежать принятия решения на самопокушение?..».

Далее следует конкретное исследование факторов антисуицидального ресурса как альтернативы самопокушению. Пример модели проработки ситуации неудачной любви у молодой девушки: «Как следует из Вашей истории, разрыв с молодым человеком для Вас не был неожиданностью. Вы разрыв предчувствовали. Но не обратились за советом и помощью к лучшей своей подруге. Представим себе ситуацию, что Вы всё-таки ж обратились к ней за советом и помощью. Какой совет Вы могли бы от нее услышать? Какую поддержку она могла бы Вам оказать?».

И так далее в последовательности исследования следующих антисуицидальных личностных факторов.

Установка для врача-специалиста: акцент на повышение значимости взаимоотношений с лицами из ближайшего окружения и на поиск новых лиц, с которыми пациент мог бы установить высокозначимые отношения: «Кто еще мог бы помочь Вам в этой ситуации? К кому Вы могли бы обратиться за помощью и советом, но не обратились в силу ряда обстоятельств?..».

- Побуждение к поиску альтернатив по выходу из кризиса (идентификация целей).

Озвучивается конфликтная ситуация, этапность ее развития, причинная связь между определенной последовательностью развития ситуации и предшествующими событиями и открыто ставятся вопросы: «Что надо делать, чтобы преодолеть кризис? Какой путь наиболее приемлем для Вас?..».

Установка для врача-специалиста: 1) непосредственное участие, но без навязывания с его стороны своего мнения; 2) тактика — предоставление инициативы с обращениями к пациенту («Ваши предложения по выходу из ситуации... Каковы следующие Ваши действия?..» и т.д.); ситуативное одобрение планов пациента; наводящие вопросы, допускающие предположение; уместное молчание; высказывание гипотез о возможных способах разрешения кризисной ситуации (предлагаемые гипотезы не должны вступать в противоречие с системой ценностей пациента).

8.4. Завершение сессии в соответствии с пунктом 1.3 настоящей инструкции.

IX. Девятая сессия.

Основная цель — принятие решения по выходу из кризисной ситуации, согласование плана действий, заключение контракта и формирование мотивации для дальнейшего сотрудничества.

Пошаговые действия.

9.1. Восстановление доверительного контакта и усиление позиций терапевтического сообщества в соответствии с пунктом 2.1 настоящей инструкции.

9.2. Активизация личностной установки рационального выхода из кризисной ситуации.

От имени врача-специалиста: переживаемый кризис превратился во вполне управляемую проблему; далее следует предложение: «И так, Вы решили, что последовательность Ваших действий будет следующей. Перечислите их...».

Позволить пациенту высказать весь план действий по выходу из кризиса.

Установка для врача-специалиста: использовать приемы активной психологической поддержки: «Я Вас внимательно слушаю... Продолжайте, пожалуйста... Да, это правильный выбор... Ваши сомнения мне понятны, мы их обсудим отдельно...» и др.

9.3. Принятие решения.

- Анализ сомнений относительно каких-то конкретных деталей и действий намеченного плана по преодолению кризисной ситуации.

Выявить сомнения и побудить пациента аргументировать свои сомнения: «Почему Вы сомневаетесь в правильности намеченных Вами действий? Объясните мне?».

Установка для врача-специалиста: 1) контраргументы врача-специалиста — опираться на прошлый опыт пациента по успешному преодолению имевших место жизненных трудностей (привести известные конкретные примеры с указанием, что в прошлом им уже применялись схожие действия в кризисных ситуациях); 2) решительность и настойчивость врача-специалиста при проведении контраргументов.

- Согласование плана действий.

От имени врача-специалиста кратко, ясно и последовательно излагается план действий по преодолению кризисной ситуации: «Это Ваш план действий. С Вашего позволения, я его озвучил. Вы согласны?..».

9.4. Заключение контракта и формирование мотивации для дальнейшего сотрудничества.

Беседа с использованием приемов рационального гетероуверения: на укрепление уверенности в своих силах и возможностях и на разделение ответственности врача-специалиста за результат совместной работы; обсуждение планов на будущее с акцентуацией внимания на достаточную подготовленность пациента для преодоления кризисной ситуации после выписки из стационара; поддержка решения по практической реализации плана действий выхода из кризиса и предложение продолжить контакты со специалистами службы психического здоровья (предоставляется информация месторасположения амбулаторных подразделений психиатрической сети республики и оговаривается конкретная дата обращения после выписки из стационара).

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА

При использовании метода какие-либо осложнения исключены.

При недостаточной мотивированности пациента, низком уровне доверия к врачу-специалисту и при отсутствии гарантий конфиденциальности возможно снижение терапевтической эффективности курса кризисной терапии пациентов с непсихотическими психическими расстройствами в психотравмирующей суицидоопасной ситуации.

УТВЕРЖДАЮ

_____ /Ф.И.О./
руководитель учреждения,
в котором внедрен способ
« ____ » _____ 20 ____ г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Наименование предложения для внедрения
«Метод кризисной терапии пациентов с непсихотическими психическими
расстройствами в психотравмирующей суицидоопасной ситуации».
Инструкция по применению

2. Кем предложено
ГУ «РНПЦ психического здоровья» А.П. Гелда с соавт.
(наименование учреждения разработчика, автор)

3. Источник информации
Инструкция по применению. Получена из учреждения-разработчика.

4. Где и когда начато внедрение

(наименование лечебного учреждения, дата внедрения)

5. Общее количество наблюдений _____

6. Результаты применения метода за период с _____ по _____
положительные (количество наблюдений): _____
отрицательные (количество наблюдений): _____
неопределенные (количество наблюдений): _____

7. Эффективность внедрения _____

8. Замечания, предложения _____

Дата _____ Ответственные за внедрение _____
(должность, Ф.И.О.)

(подпись)