

Технологии работы с суицидентом

В современных условиях становление социальной работы как особой профессии вызвано не только увеличением потребности населения в социальной поддержке, но и изменением содержания этих потребностей. Общество динамично развивается, а это означает, что и технологии, используемые в социальной работе, должны развиваться, причем, в некоторых направлениях, опережая время. Одним из таких направлений является работа с подростками, с девиациями, возникающими в этот возрастной период. И на данный момент, одним из наиболее острых проявлений девиантного поведения в подростковой среде, технологии работы с которым нужно активно развивать, является подростковый суицид.

На необходимость развития системы профилактики суицидального поведения указывает Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г., одобренная Правительством РФ 24 сентября 2001 г. В частности в ней отмечено: «В целях улучшения психического здоровья населения необходимо принятие мер по профилактике самоубийств, включая развитие сети телефонов доверия, совершенствование деятельности врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов и социальных работников»¹.

В концептуальном плане в мероприятиях по профилактике суицидов выделяются следующие подходы:

1) информационный – основывается на том, что одним из главных направлений работы должно стать информирование людей о способах решения проблем, выхода из депрессий, затруднительных состояний;

2) социально-профилактический – в качестве основных целей рассматривает выявление, устранение и нейтрализацию причин и условий, вызывающих суицидальные мысли и намерения;

3) медико-биологический – его сущность состоит в предупреждении возможных отклонений от социальных норм целенаправленными мерами лечебно-профилактического характера по отношению к лицам, страдающим различными психологическими отклонениями;

4) социально-педагогический – заключается в восстановлении или коррекции качеств личности, особенно нравственных и волевых.

Реабилитация – это система мер, имеющих своей целью возвращение человека к активной жизни в обществе, к общественно полезному труду. Этот процесс является непрерывным, хотя и ограничен во времени. Следует различать такие виды реабилитации как:

1) медицинская, направленная на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции организма или на возможное замедление прогрессирующего заболевания;

2) психологическая, направленная на психическую сферу суицидента и имеющая своей целью преодоление в его сознании представления о его ненужности и никчемности;

3) профессиональная, предусматривающая меры по обеспечению для реабилитируемых возможности участвовать в общественно-профессиональной деятельности;

4) бытовая, обеспечивающая нормальные условия для жизнедеятельности суицидента;

5) социально-педагогическая, включающая систему мер воспитательного характера, направленная на формирование личностных качеств, значимых для жизнедеятельности суицидента, его активной жизненной позиции, способствующих его интеграции в общество;

6) социально-экономическая, представляющая собой комплекс мероприятий, нацеленных на обеспечение суицидента возможными денежными выплатами, защиту его законных прав и интересов;

7) социальная, содержащая процесс восстановления граждан, склонных к суициду, к жизнедеятельности в социальной среде, а также самой социальной среды и условий жизнедеятельности личности, которые и привели к психологическим затруднениям, суицидальным мыслям или намерениям.

В зависимости от личных особенностей клиента, испытывающего психологические затруднения или склонного к суициду, при проведении реабилитационных мероприятий следует учитывать, в каком состоянии находится человек. Это может быть предкризисное или кризисное состояние, обусловленное социальной запущенностью вследствие конфликтов в семье, с друзьями, в школе, на работе, и т. д.

Психологическая составляющая технологий превенции может реализовываться посредством работы классного руководителя с родителями и детьми. В данном случае, на специалиста ложатся следующие обязанности: ранее выявление нервно-психической неустойчивости, акцентуациями характера, проблемным поведением; индивидуальный подход и воспитательная работа с учетом психологических особенностей личности; планируемое распределение физических и психологических нагрузок; предупреждение чрезмерного эмоционального напряжения; организация досуга, создание ситуаций успеха, формирование позитивной самооценки.

При работе с родителем или ребенком необходимо проводить просветительскую работу, акцентируя внимание на приоритетности формирования внутренних ценностей над внешними, прививать правильное представление о смысле жизни: «Я жить хочу, чтобы мыслить и страдать». «Если человек знает «зачем», он сможет вынести любое «как». Повышению значимости внутренних ценностей способствует вовлеченность родителей и учителей в дела детей.

Необходимо обучать родителей умению направлять заинтересованность подростков в свободное от учебы время в конструктивную деятельность (занятия спортом, искусством, техникой), приобщать к культурным ценностям; ориентировать на совместное

проведение досуга в семейном кругу - посещение музеев, выставок, туристические походы и др.

Внутренние ценности развивают личность, формируют привязанность и любовь, заботу о сохранении здоровья, чувство долга и служение обществу. Внешние ценности только лишь отражают материальное благополучие, социальное признание, популярность, физическую привлекательность и формируют потребительскую позицию.

Основной задачей школьного психолога также является профилактика суицидального поведения, которая может осуществляться в следующих направлениях:

выявление людей с повышенным риском суицидальности и проведение экспериментального-психологического обследования, результаты обследования оформлять в виде развернутого заключения; прогнозирование суицидальной активности учащихся и др.;

проведение систематической работы среди участников образовательного процесса по пропаганде психогигиенических знаний и возрастно-психологических индивидуальных особенностей людей;

своевременное оказание адекватной помощи человеку: снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации, уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности, формирование компенсаторных механизмов поведения, формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

В зависимости от этапов пре-суицидального состояния, психотерапевтом или же детским психологом могут оказываться различные виды помощи.

1. Этап суицидальных тенденций. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется превенция суицида, то есть его предотвращение на основании распознавания психологических или социальных предвестников.

2. Этап суицидальных действий. Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. На этом этапе осуществляется процедура интервенции. Она представляет собой процесс вмешательства в текущий суицид для предотвращения акта саморазрушения и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в переживаемом кризисе. Главная задача интервенции состоит в том, чтобы переделать структуру личности человека или излечить его нервно-психическое расстройство. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

3. Этап постсуицидального кризиса. Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризуется цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются поственция и вторичная превенция суицидального поведения.

Поственция – это усилия по предотвращению повторения акта аутоагрессии, а также предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств у уцелевших и их окружения.

Задачи поственции состоят в облегчении процесса приспособления к реальности у переживающих трудности, уменьшении степени заразительности суицидального поведения, а также в оценке и идентификации факторов риска повторного суицида:

- они решаются путем использования таких стратегий как психологическое консультирование;

- кризисная интервенция; поиск систем поддержки личности в обществе;

- образовательная стратегия для повышения осознания роли и значимости саморазрушительного поведения;

- поддержание контактов со СМИ для соблюдения этических принципов при информировании об актах аутоагрессии в обществе.

Вторичная превенция заключается в предупреждении повторных суицидальных попыток. Для осуществления превенции самоубийств предлагается использование трех концептуальных моделей:

- медицинской;

- социологический;

- экологической.

Медицинская модель превенции – рассматривает попытку суицида, прежде всего, как крик о помощи, к которому приводят эмоциональные расстройства и психологический кризис. Консультирование, медикаментозное и психотерапевтическое лечение, снижающее уровень аутоагрессии, являются основными задачами этой модели.

Социологическая модель – ориентирована на идентификацию факторов и групп риска с целью адекватного контроля за суицидальными тенденциями.

Экологическая модель – предусматривает исследование связи суицида с факторами внешнего окружения в конкретном социокультурном контексте. Реализация этой модели состоит, прежде всего, в контроле и ограничении доступа к различным средствам и инструментам аутоагрессии.

Методы работы с суицидами подростков

Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков группы риска относится к одной из важных задач.

Главным в преодолении кризисного состояния человека является индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом.

Профилактическая беседа должна включать в себя 4 этапа.

Начальный этап - установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений "сопереживающего партнерства". Важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики.

Второй этап - установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности. Имеет смысл применить следующие приемы: "поддержка успехами" и др.

Третий этап - совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Здесь используются: "планирование", т.е. побуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков; "держание паузы" - целенаправленное молчание, чтобы дать ему возможность проявить инициативу.

Завершающий этап - окончательное формирование плана деятельности, активная психологическая поддержка суицидента. Целесообразно использовать следующие приемы; "логическая аргументация", "рациональное внушение уверенности".

Если в ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение. Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить, что тяжелое эмоциональное состояние - явление временное; что его жизнь нужна родным, близким, друзьям, и уход его из жизни станет для них тяжелым ударом; что он имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать и т.д.

Особую важность приобретают различные формы психологического обучения, направленные на повышение жизнестойкости подростка, предлагающие ему различные способы управления своим состоянием.

.Формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов.

. Направленное осознание имеющихся личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

Я - концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);

собственной системы ценностей, целей и установок, способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;

умения общаться с окружающими, понимать их поведение и перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;

осознание потребности в получении и оказании поддержки окружающим.

. Развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

формирование самопринятия, позитивного отношения к себе, критической самооценки и позитивного отношения к возможностям своего развития, возможностям совершать ошибки, но и исправлять их;

формирования умения адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, управлять собой и изменять себя;

формирование умения ставить перед собой краткосрочные и перспективные цели и достигать их;

формирование умения контролировать свое поведение и изменять свою жизнь;

формирование умения осознавать, что со мной происходит и почему, в результате анализа собственного состояния;

формирование умения сопереживать окружающим и понимать их, понимать мотивы и перспективы их поведения (формирование навыков эмпатии, аффилиации, слушания, диалога, разрешения конфликтных ситуаций, выражения чувств, принятия решений);

формирования умения принимать и оказывать психологическую и социальную поддержку окружающим.

. Развитие высокоэффективных стратегий и навыков поведения:

навыков принятия решения и преодоления жизненных проблем;

навыков восприятия, использования и оказания психологической и социальной поддержки;

навыков оценки социальной ситуации и принятия ответственности за собственное поведение в ней;

навыков отстаивания своих границ и защиты своего персонального пространства;

навыков защиты своего Я, самоподдержки и взаимоподдержки;

навыков бесконфликтного и эффективного общения.

Повышение родительской компетентности - важная составная часть профилактики самоубийств. Для этого специалист по социальной работе должен владеть умением проводить тренинг родительской компетентности.

Цель тренингов родительской компетентности - дать родителям знания и навыки, способствующие эффективному, социально - поддерживающему и развивающему поведению в семье и в процессе взаимодействия с детьми.

Основные методы, которые могут быть использованы в данной работе:

работа в малых группах, так как это обеспечивает большую безопасность участников. При этом желательно, чтобы состав группы все время менялся;

мини-лекция как форма подачи новой информации. Требования: лекция должна быть короткой, предусматривающей обратную связь, простой, понятной и проиллюстрированной;

столкновение мнений (дискуссия), что включает в себя обмен взглядами на какую-либо тему, связанную с поиском решения определенной проблемы;

использование в ходе занятий ролевых игр, то есть инсценировка коротких сюжетов на выбранную тему. Этот метод облегчает понимание других людей, позволяет попробовать свои силы в различных ситуациях, развивает способность решать проблемы;

беседы и коллективные обсуждения на основе просмотренных видео материалов. И для детей, и для взрослых хорошо и уместно использование вспомогательных видео материалов (иллюстрации, видео фильмы, таблицы).

Групповая работа дает возможность снять ощущение единственности и уникальности собственных трудностей, позволяет получить обратную связь, взглянуть на свою семью с иной точки зрения.

Профилактика подростковой суицидности должна вестись в образовательных учреждениях. Вот некоторые формы профилактики подростковой суицидности в образовательном учреждении [8, с. 43]:

неукоснительное соблюдение педагогической этики, требований педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя или учителя;

освоение хотя бы минимума знаний возрастной психопатологии, а также соответствующих приемов индивидуально-педагогического подхода, лечебной педагогики и психотерапии;

раннее выявление контингента риска на основе знания его характеристики в целях динамического наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;

активный патронаж семей, в которых проживают учащиеся группы риска, с использованием приемов семейной психотерапии, оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям;

неразглашение факторов суицидальных случаев в школьных коллективах;

рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска;

усиление внимания родителей к порядку хранения лекарственных средств, а также к суицидогенным психологическим факторам;

проведение при необходимости тактичной консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром;

формирование у учащихся таких понятий, как "ценность человеческой жизни", "цели и смысл жизни", а также индивидуальных приемов психологической защиты в сложных жизненных ситуациях;

повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению ожидаемых трудностей;

психологическая помощь школе, семье и подростку в целях предупреждения или ослабления действия факторов, обуславливающих возникновение психогенных реакций или декомпенсацию имеющихся у школьника нервно-психических расстройств.

Для осуществления этого перечня необходимо [8, с. 44]:

повышение уровня психологической подготовки учителей, социальных педагогов, родителей;

увеличение численности школьных психологов, владеющих знаниями возрастной патопсихологии и психотерапии;

создание различных внешкольных форм психологической помощи: территориальных психологических консультаций, включающих в свою структуру психиатра, психотерапевта, юриста и других специалистов; телефона доверия для анонимной психологической помощи при кризисных состояниях и др.

Поскольку причинами суицидов среди подростков являются также и нарушения межличностных отношений в школе, необходимо принять меры по формированию классных коллективов, нормализации стиля общения педагогов с учащимися, оптимизации учебной деятельности учащихся, вовлечению учащихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления, формированию установок у учащихся на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.).

Взаимоотношения с учащимися должны строиться на основе уважения, убеждения, спокойном, доброжелательном тоне общения.

Для предотвращения суицидов у детей учителя, психологи, социальные работники могут сделать следующее:

вселять у детей уверенность в свои силы и возможности;

внушать им оптимизм и надежду;

проявлять сочувствие и понимание;

осуществлять контроль за поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками.

Формальное отношение части классных руководителей к своей работе выражается в незнании ситуации, в которой находится ребенок, отсутствии контроля за посещаемостью и успеваемостью ребенка. Все это не позволяет вовремя оказать учащемуся необходимую помощь, организовать соответствующую работу.

Администрации школ, социальным работникам необходимо направить пристальное внимание и установить контроль за стилем общения учителей с учащимися в целях предотвращения случаев оскорбления, унижения, психологического и физического насилия со стороны педагогов.

Таким образом, методы работы с суицидальным поведением подростков могут быть самыми разнообразными. Они должны быть направлены на профилактику подростковых дезадаптаций, на гармонизацию социального окружения подростков.

Виды помощи суициденту

Основными видами помощи суициденту являются:

- проведение индивидуальных бесед;
- включение клиентов в тренинговые группы с целью коррекции негативных эмоционально значимых ситуаций;
- переориентация индивидуальных и групповых интересов;
- обучение социальным навыкам, способам эффективного общения, взаимодействия с окружающими, конструктивному поведению в конфликтных ситуациях;
- рекомендации по изучению специальной литературы; привлечение специалистов — психологов, юристов, социальных педагогов, психотерапевтов и т. д.

Эффективная реализация данных реабилитационных мероприятий возможна при соблюдении 3 условий

- 1) высокой мотивации всех участников реабилитации;
- 2) социально-психологической компетенции специалистов и руководителей реабилитационного учреждения;
- 3) координации деятельности различных государственных служб — образования, здравоохранения, правоохранительных и др.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что все существующие технологии работы с людьми, склонными к суицидальным поступкам, направлены на то, чтобы поставить данную форму девиантного поведения под социальный контроль. Он включает следующие меры:

- во-первых, замещение, вытеснение суицидального поведения общественно-полезным или нейтральным поведением;
- во-вторых, направление социальной активности суицидента в общественно одобряемое либо нейтральное русло;
- в-третьих, создание государственной суицидологической службы помощи данной категории населения.

и практические задания

1. Охарактеризуйте состояние социального и психологического здоровья населения России.
2. Выделите основные причины самоубийств, характерные для различных социально-демографических групп.
3. Раскройте условия проявления суицидального поведения.
4. Опишите типы самоубийств.
5. Выделите основные подходы к профилактике суицидального поведения.
6. Охарактеризуйте содержание реабилитации граждан, имеющих психологические отклонения, склонных к суициду.

Данная модель (рис. 1) видит развитие суицидального поведения следствием сочетания двух типов уязвимости – расстройства настроения и тенденции к импульсивной агрессии (склонность агрессивно реагировать на фрустрацию), что, в свою очередь, связано с некоторыми нейробиологическими особенностями. На рис. 1 пунктирной линией разделены факторы, вступающие в действие до и после пубертата.

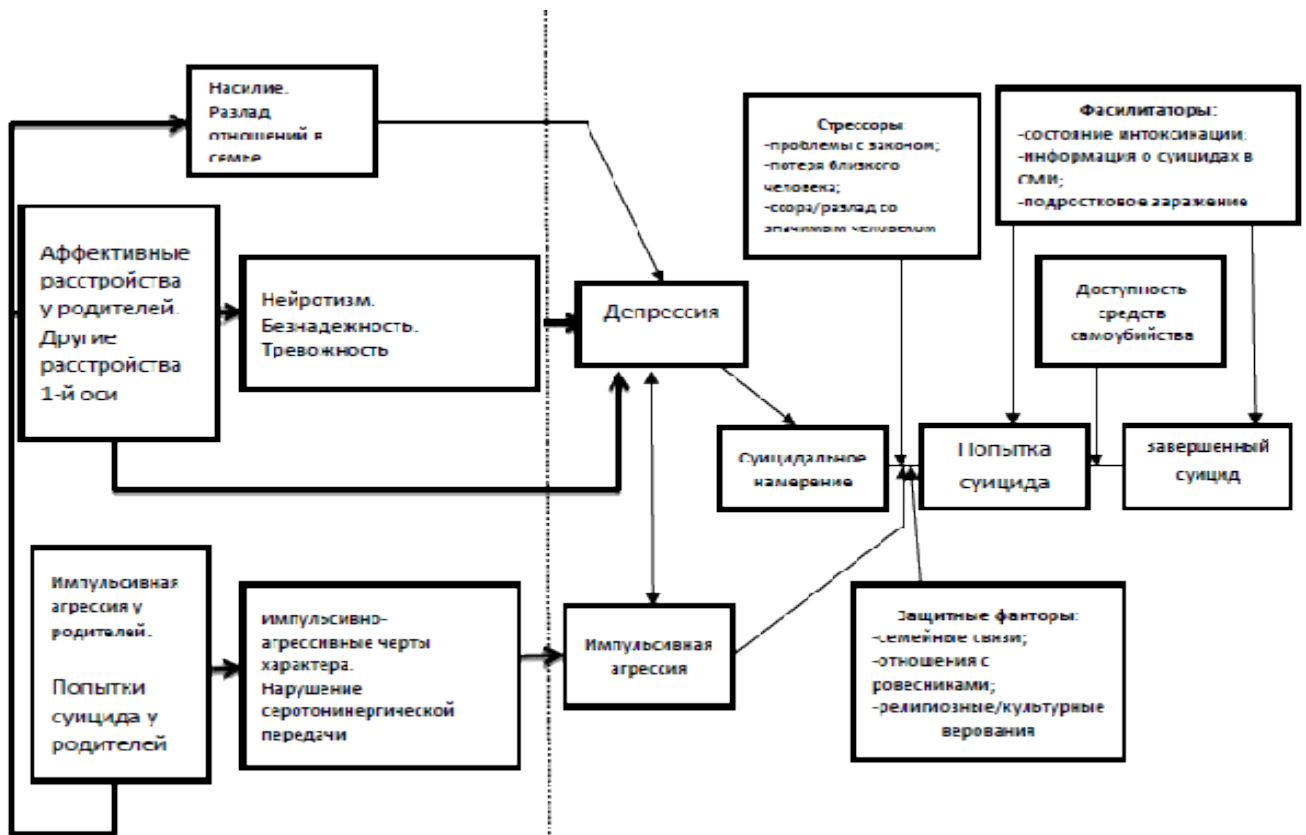


Рис. 1. Схема развития типичного суицида у подростков

Причины суицидального поведения

Однако единый взгляд на вопрос о причинах суицидального поведения до сих пор не сформирован. Обычно выделяются две группы факторов: внешние, связанные с какой-то неблагоприятной ситуацией — депривации, внешнего давления, невозможности, — с одной стороны (объективный фактор), и внутренние, связанные с пониженным сопротивлением этим внешним давлениям.

Когда внешняя ситуация благополучна — проблемы нет. Когда внешняя ситуация начинает давить и ставит человека перед ситуацией какой-либо невозможности, невыносимости, боли, то те, кто внутренне крепок, в состоянии с этим справиться, а те, кто внутренне неустойчив, дают такие патологические реакции, как суицид.

Знаменитый американский психолог Э. Шнейдман, один из основоположников современной суицидологии, описал десять общих психологических черт, свойственных суицидальному поведению. В своих последних работах особое внимание он уделяет невыносимой психической (душевной) боли (*psychache*) как наиболее общему стимулу самоубийства (Шнейдман, 2001, 2001а). Согласно Э. Шнейдману, “если прекращение своего потока сознания — это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль — это то, от чего он стремится убежать. Детальный анализ показывает, что суицид легче всего понять как сочетанное движение по направлению к прекращению своего потока сознания и бегство от психической боли и невыносимого страдания... Речь идет именно о психической боли, *метаболи*, боли от ощущения боли” (Шнейдман, 2001). Человек стремится спасти себя и выжить ценой “убийства” в себе невыносимой психической боли. Не случайно в клинической суицидологии существует правило: если снизить интенсивность страдания, — подчас весьма незначительно, — то человек выберет жизнь.

Появление боли связано с фрустрацией соответствующих мета-потребностей в контексте личной истории клиента. В кризисных ситуациях на этом фоне возникает состояние невыносимой психической боли.

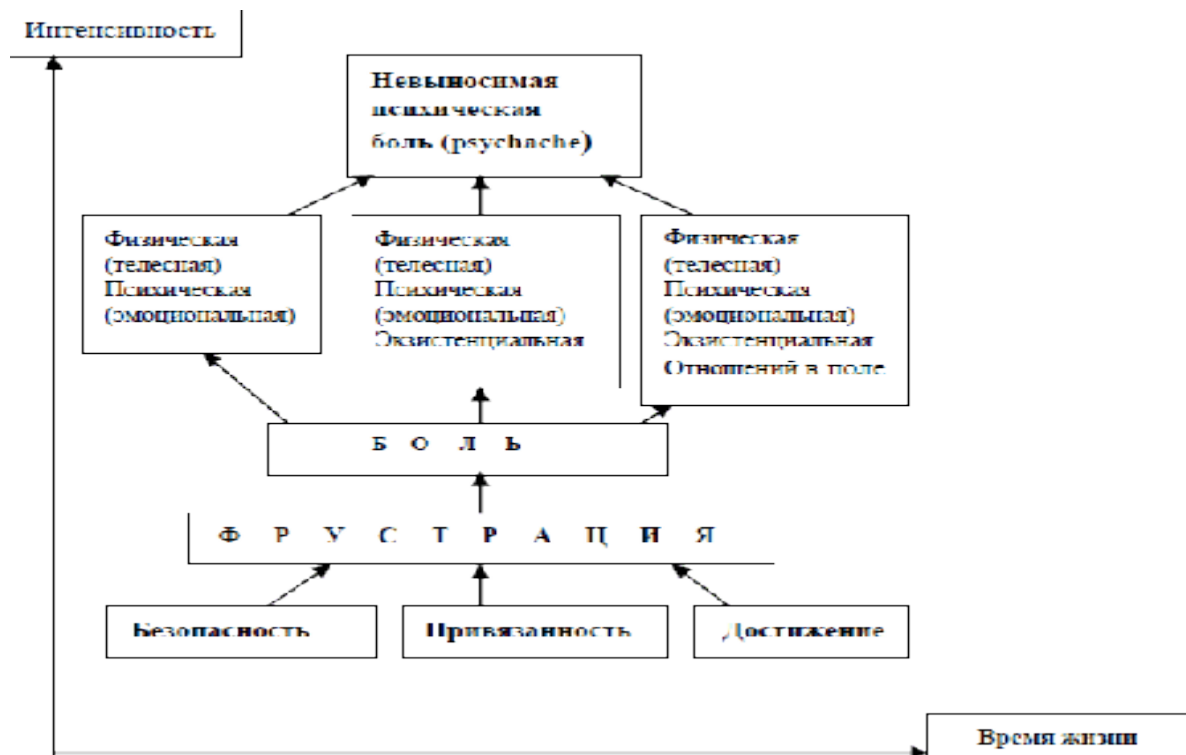


Рис. 2. Психическая боль и основные мета-потребности

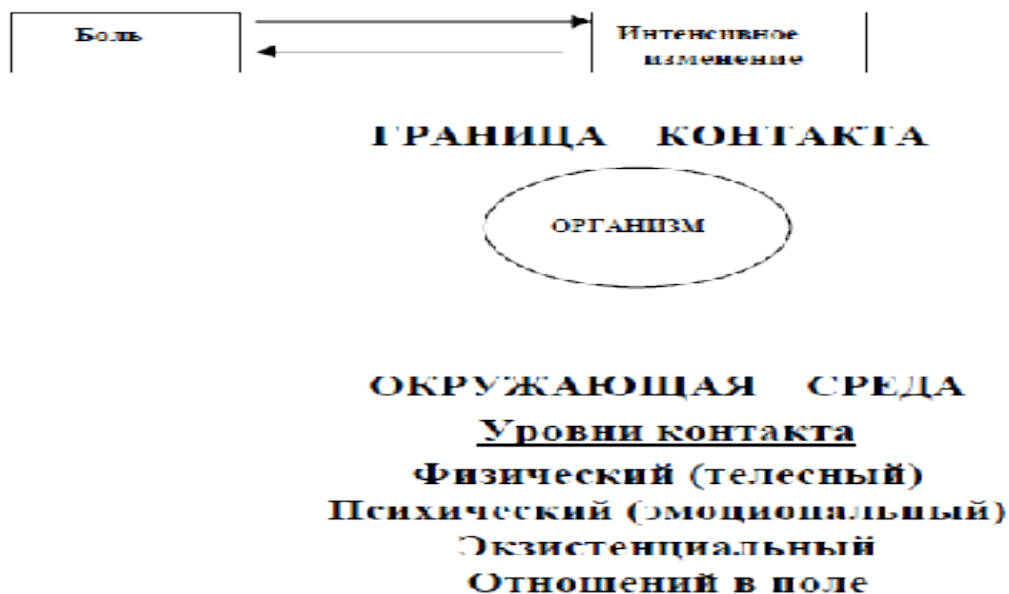


Рис. 3. Феномен боли в контексте гештальт-подхода

Человек защищает от боли и заодно от изменений тем, что не допускает контакта, используя механизмы интроекции, проекции, ретрофлексии, дефлексии или конфлюэнции. Эти нарушения контактной границы (или механизмы защиты в гештальттерапии) временно способствуют преодолению связанных с болью эмоций, например посредством состояний скуки, которая есть ни что иное, как попытка растворения боли во времени. Вместе с тем, эти

механизмы играют важную роль в возникновении определенных форм суицидального поведения (интроективных, проективных, ретрофлексивных и конфлюэнтных самоубийств) (Моховиков, 2001).

Интроективный вектор самоубийства. При интроекции цикл контакта с окружающей средой прерывается на стадии возникновения “фигуры”: человек принимает внутрь себя ценности, стандарты, нормы или правила, имеющие внешнее происхождение, и заменяет собственное стремление желанием другого человека или группы. В норме без “здорового” использования интроекции невозможно никакое воспитание и обучение, ибо и то, и другое предполагает ассимиляцию полученного опыта. В дальнейшем, при неоднократном воспроизведении, подобная ситуация обеспечивает человека неосознаваемым опытом: “В жизни надо делать то, и не следует совершать этого”. Иногда чужой опыт настолько заменяет собственные желания и потребности, что в процессе взросления человек утрачивает способность к идентификации “своего” и отвержению “чужого”.

Проективный вектор самоубийства. С помощью проекции индивид приписывает окружению присущие ему желания или эмоции. Обычно приписываются те качества, за которые человек не хочет брать ответственности. Таким образом, происходит отвержение некоторой реальной части “я”, например, проявлений деструкции или аутоагрессии. Не признавая эти части в себе, человек начинает находить их в других людях. В силу проективной установки он постепенно отстраняется от людей, которые кажутся ему враждебно настроенными, желающими ему зла или несущими опасность, изолирует себя от окружающей среды и испытывает подавленность или депрессию. Описываемый суицидальный вектор формируется различными видами проекции (дополнительной, когда другим приписываются чувства и желания, с помощью которых возможно оправдание своих действий, катартической, состоящей в отрицании собственных негативных качеств и наделении ими других, и аутистической, если окружающим приписываются собственные мотивы и желания). При чрезмерной проекции возникает описанный Э.Дюркхаймом феномен аномии, когда хронические неудачи в попытке человека приспособиться к социальным изменениям приводят к разрушению его взаимосвязей с группой, и далее – к самоуничтожению. Общеизвестными являются данные о существенном учащении аномических самоубийств во времена социальных катаклизмов и экономических кризисов (Дюркхайм, op. cit.).

Ретрофлексивный вектор самоубийства. При ретрофлексии человек останавливает цикл контакта непосредственно перед осуществлением конкретного действия. Формируется поддерживаемая заботящимся окружением замкнутая личностная система, в которой большинство чувств или желаний остается внутри: человек сам себя любит, ненавидит или ведет с

собой нескончаемый внутренний диалог. Преобладающий стиль поведения состоит в том, что он делает самому себе то, что хотел бы сделать другому человеку (или получить от него). Чаще всего подобный индивид не позволяет себе проявлений агрессии в отношении объектов, на которые они в действительности направлены, и ввиду переживаемого стыда или иных чувств обращает ее против себя. Крайнюю точку развития ретрофлексии может помыслить как самоубийство: человек убивает себя вместо уничтожения того, кто заставляет его страдать. Такой тип самоубийства рассматривается автором как результат внутреннего

конфликта между различными частями души индивида, единственной возможностью разрешения которого становится аутодеструкция или аннигиляция Self. Избегая активности вовне и чувствуя себя все более отчужденным от общества, семьи или друзей, человек сжимает весь мир до размеров самого себя и, ничего не ожидая от других, превращает свою личность в арену, на которой разворачивается трагическое действие суицидального сценария. Ретрофлексивные самоубийства характеризуются тщательной продуманностью способа и деталей планируемого акта саморазрушения. К ретрофлексивным самоубийствам относится знаменитый случай Элен Вест, описанный в свое время Л. Бинсвангером и ставший впоследствии предметом нового обсуждения тремя знаменитыми психотерапевтами – Л. Бинсвангером, Р. Мэем и К. Роджерсом (*Бинсвангер, Мэй, Роджерс, 2001*). Из дневника Элен Вест: “Ужасно – не понимать себя. Я стою перед собой, как перед чужим человеком: я боюсь за саму себя и боюсь тех чувств, во власть которым я отдана, против которых я беззащитна... Я чувствую себя совершенно пассивной, вроде сцены, на которой две враждующие силы кромсают друг друга”, – пишет она, предложив одному из крестьян 50 тысяч франков за то, чтобы он немедленно застрелил ее (*op.cit.*, с.115).

Конфлюэнтный вектор самоубийства. В гештальттерапии слияние, или конфлюэнцию, традиционно считают состоянием, в котором клиент препятствует возникновению “фигуры” и связанного с ней возбуждения. В жизни это состояние наиболее характерно для младенца, находящегося в слиянии с матерью. Позднее вполне вероятной становится конфлюэнция с определенной социальной группой, значимым человеком или каким-либо незавершенным переживанием (например, горем, которое описывается как “безграничное”). Человек спасается от переживания действия как принадлежащего ему самому ценой полной утраты собственной идентичности в некоем “Мы”. Такого рода *постэготическая конфлюэнция* является, например, типичным состоянием для жертв тоталитарных сект.

Конфлюэнтный вектор приобретает особую важность при суицидальном поведении в молодом возрасте, когда высока вероятность тесного слияния субъекта с группой (в частности, принадлежащей деструктивному культу), или со значимым человеком, решившимся на аутоагрессивное действие.

2.1 Работа психолога с суицидентами на примере гештальт-подхода

2.1.1 Диагностика психической боли

Феноменологическая диагностика боли строится на основе распознава-

ния векторов суицидального поведения, а также на выделении конституирующих ее эмоций, установок, смыслов и ценностей.

В консультативной беседе важным ориентиром для распознавания интроективного вектора психической боли служит употребление клиентом форм повелительного наклонения, плакатных и лозунговых фраз, в которых

преобладают слова “надо” и “должен” (“Я должен пожертвовать собой ради...”, “Мне нужно пострадать”), а также использование местоимения “я” там, где речь идет о “мы”. Поведение “интроективного” клиента отличается

двусмысленностью: на поверхности – маска послушного, доброго, порядочного человека, за которой скрывается удивительная агрессия или энергия саморазрушения (“Я от себя требую, и Вы мне должны”). Суицидальный конфликт легко возникает, если предметом интроекции становятся несовместимые друг с другом представления или установки. Нередко чем более воспитанным (и, соответственно, внешне “интеллигентным”) кажется субъект, тем больше вероятность встречи с интроектами, не подвергшимися ассимиляции. Деструктивность стиля жизни такого пациента заключается в том, что на метафорическом уровне он превращается в трупа, непрерывно

желающего получать советы и без разбора, но и без какого бы то ни было усвоения “поглощающего” все, что было ему предложено в беседе. Если пациент злоупотребляет интроекцией в качестве защиты перед контактом, у него исчезает чувство отвращения, в том числе и страх перед собственной смертью.

Распознавание проективного вектора происходит на основании ухода клиента от выражения своих чувств, а также прояснения его собственных желаний благодаря приписыванию их другим людям (“Меня недооценивают”), обществу (“Нет смысла жить в этом отвратительном мире”) или каким-либо травматическим обстоятельствам своей жизни (“После того, что

случилось, я полностью утратил надежду”). Механизм проекции в высказываниях выдает себя местоимением “оно” в тех случаях, когда на деле речь

идет о “я”. В беседе эти клиенты склонны к наставлениям и поучениям. Они

отличаются такими чертами, как недоверие, подозрительность, нередко жестокость. Они проявляют склонность к возмущению, агрессии, а в суицидальной ситуации – к выбору наиболее brutальных способов саморазрушения, не оставляющих шанса на спасение.

Ретрофлексивный вектор распознается на основании зажатого в верхнем регистре, недостаточно модулированного голоса, употребления возвратных

частиц “ся” и местоимения “себя” (“Я себя обвиняю”, “Я жертвую собой”, “Главный враг – это я сам”, “Я себе омерзителен”). Другая не менее характерная для них черта – стремление к избыточному контролю (“Я обязан себя

контролировать”). В беседе клиент часто делит себя на наблюдаемого и наблюдателя и охотно ведет диалог с самим собой, однако в общении с те-

рапевтом стремится отгородиться от актуальной ситуации.

Распознавание конфлюэнтного вектора происходит на основе употреб-

ления клиентом безличных форм предложений (“Как-то грустно”, “На душе

тяжко”), местоимения “мы” (“Нам это не под силу”) или утверждений в третьем лице (“Люди довольно часто оказываются в невыносимых ситуациях”), в результате чего возникает неясность относительно его реальных чувств, потребностей и желаний. “Конфлюэнтный” клиент излишне быстро вступает в диалог, не особенно разбираясь в сущности происходящего, не желает прояснения ситуации, стремясь, по возможности, скорее “слиться” с

собеседником в некое подобие единства. Отмечаются отсутствие уважения к индивидуальным различиям, свидетельствующее о трагическом снижении самооценки, и чрезмерно агрессивные реакции при их обнаружении в ходе консультирования.

2.1.2. Принципы гештальттерапии боли

В пределах основной цели – помощи людям с суицидальными тенденциями, направленной на спасение их жизней, Э.Шнейдман выделяет три основные цели психотерапии таких пациентов: снижение интенсивности психической боли, ослабление эмоционального напряжения и расширение возможностей осознания (Шнейдман, 2001а). Кроме того, он также описывает две стадии терапевтического процесса: на первой стадии подбор

и реализация терапевтических подходов осуществляются в соответствии с индивидуальным спектром психологических потребностей клиента; на второй – происходит пересмотр и изменение тех психологических потребностей, с которыми в наибольшей степени связана угроза жизни. Для стимуляции процесса терапии используются приемы, которые Э.Шнейдман называет *маневрами*: они позволяют создать некоторый предварительный шаблон, который учитывает спектр психологических потребностей *данного*

человека, причиняющих душевную боль и толкающих к самоубийству.

Коррекция феноменов актуального суицидального вектора. Терапевтическая помощь “интроективным” клиентам состоит в содействии чувству, которое убеждает клиента в возможности собственного выбора; с другой стороны, усиливается осознание различий между “я” и “ты” (Мэй, 2001). В результате возникает чувство “я”, которое позволяет освободиться от интроектов, связанных с саморазрушением. Не просто из этих клиентов сделать действительно клиентов. Многим из них присущи нетерпение, жадность и леность: нетерпение заставляет их незамедлительно и без разбора “проглатывать” советы, лень препятствует выполнению требующей усилий клиентской работы, а жадность обуславливает стремление к получению как можно большего за краткий промежуток времени. Если в ходе терапии человек перестает воспринимать свое существование как нечто неизменное или заданное извне и начнет проявлять интерес к самостоятельному воссозданию своей жизни, то этот опыт может стать ключевым для его самоопределения и коррекции суицидальной интроекции.

Терапевтическая помощь в осознании проекций направлена, прежде всего, на установление и поддержание нарушенных отношений доверия, обуславливающих одиночество суицидента. В самом общем виде терапевтическая поддержка состоит в том, чтобы предметом внимания клиента стало реальное существование шанса, позволяющего выйти за пределы системы проекций, обуславливающей суицидальное поведение, как бы и для него, он не создан для меня, и в нем нет подходящего грандиозна она ни была. Шаг за шагом клиенту возвращаются отчужденные части его чувств, мыслей, желаний и ценностей. Это может достигаться с помощью гештальттерапевтического диалога (в индивидуальной работе), в процессе реального взаимодействия с группой или психодраматических эпизодов. Экспериментирование восстанавливает причастность к жизни, чувство целостности и стимулирует энергию изменений.

В практике работы с суицидальными клиентами нередко приходится сталкиваться с сочетанием механизмов интроекции и проекции ввиду существующей между ними тесной взаимосвязи, что только еще более усиливает внутреннюю несвободу, внешнюю скованность клиента и ведет к утрате идентичности, что предельное свое выражение находит в саморазрушающем поведении.

Терапевтическая помощь при ретрофлексии включает тщательное соблюдение баланса фрустрации (побуждения к действию) и поддержки (преодоления настороженности) клиента, склонного к депрессии и наполненного энергией саморазрушения. Как отмечает Ж.-М.Робин: “Самоубийство – высшая форма ретрофлексии, субъект убивает себя самого вместо того, чтобы убить того, кто заставил его страдать” (Робин, 1998, с.49). Важным направлением

терапевтической работы становятся телесно ориентированные эксперименты: привлечение внимания к позе, жестам, движениям или дыханию, что позволяет осознать невыносимое напряжение и психическую боль. На поддержание внутреннего напряжения “ретрофлексивные” клиенты тратят невероятное количество энергии, при этом нередко даже не подозревая о его существовании. Эти эксперименты способствуют высвобождению накопленной энергии боли во внешнюю среду, например, в сферу терапевтических и иных отношений. Любое, даже самое элементарное, осознанное движение для клиента превращается в первый шаг, направленный на восстановление контакта с окружающей средой, следствием чего является выбор продолжения жизни.

Терапевтическая помощь при конфлюэнции заключается в мягкой, деликатной и ненавязчивой стратегии контакта, использовании различия “мое” – “немое” и его систематической вербализации. Для клиента важным является осознание, что существуют потребности и чувства, принадлежащие только ему, и их наличие не связано с угрозой разобщения со значимыми людьми. Вопросы типа “Что Вы сейчас чувствуете?” или “Чего бы Вам хотелось сейчас?” помогают сосредоточиться на самом себе. Дальнейшая работа с потребностями и желаниями клиента может стать первым шагом к преодолению ужаса “несуществования” и пересмотру конфлюэнтных взаимоотношений. Проговаривая свои потребности, суицидальный клиент начинает осознавать свои желания и находить способы их достижения. Осознание собственных целей – начальная веха на пути обретения личной свободы в разрешении суицидальной ситуации. В числе терапевтических тем для исследования здесь вновь актуальной становится тема смерти. Может использоваться, особенно в групповом контексте, гештальт-инициация собственной смерти. Она осуществляется на основе авторской модификации упражнений, стимулирующих конфронтацию со смертью и предложенных И.Яломом (Ялом, 1999). Вначале предлагается техника, по инструкции которой следует отобразить свою нынешнюю точку жизни на отрезке прямой, отражающей ее предполагаемую длительность; или клиента просят с помощью техники направленных визуализаций достичь начала жизни и просмотреть ее от начала до конца. Затем предлагается инструкция: “Вы узнали, что Вам предстоит прожить три дня. Как Вы их проведете? Что будете делать в каждый из дней? С кем встретитесь? Как пройдут последние минуты Вашей жизни? Кто будет при этом присутствовать? Какими будут Ваши последние слова? Какой могла бы быть ваша эпитафия?”. В течение пяти минут клиенту предлагается “побыть с этим”, а затем поделиться переживаниями. В группе данное упражнение амплифицируется психодрамой, где протагониста, лиц, присутствующих при его смерти, и исполнителя “последнего песнопения” играют участники группы. Упражнение снижает психическую боль и готовит клиента к следующему этапу – терапевтической реконструкции истории жизни. В целом все это позволяет устранить конфлюэнцию у клиента и конфлюэнтные тенденции в группе при торможении групповой динамики.

Терапевтическая реконструкция боли в истории жизни клиента. Ре-конструкция боли в истории жизни клиента предполагает работу с фрустрированными метапотребностями. Она состоит в исследовании опыта пережитой психической боли, а также в раскрытии ресурсов, т.е. состояний, из которых формируется защита от боли. Психическая боль, будучи частью реальности человека и оставаясь незавершенным гештальтом, по мере развития его личной истории имеет тенденцию к усилению: в критических ситуациях она превращается в невыносимое душевное страдание. Конфронтация с болью суицидального клиента делает ее

частью терапевтического текста. Таким образом, феномен превращается в знак, и боль переходит на *семиотический* уровень. Эта трансформация позволяет начать движение в обратном временном направлении – к тем незавершенным переживаниям, которые лежат в основе психической боли. Реверсивные движения ведут к ее новому проживанию и уменьшению.

Реверсивное проживание боли позволяет приступить к *терапевтической*

реконструкции той роли, которую событие боли играло в личной истории клиента. Исходная история о боли, которую мы слышим в ходе первых сеансов, представляет собой отрывочную речь, обрывки налагающихся друг на друга фраз, незаконченных и оборванных на полуслове. Процесс реконструкции умножает текст, делает его более богатым и насыщенным, носитель боли узнает о ней гораздо больше, чем прежде, когда она оставалась просто частью прожитой им реальности. Первоначально работа воспоминания, обогащение связанных с болью эпизодов новыми деталями и знаниями способна вызвать даже усиление боли, но одновременно с негативными переживаниями в терапевтической ситуации возникает и возможность разрешения боли за счет прояснения альтернатив.

В ходе терапевтической реконструкции боль постепенно помещается в многозначный контекст жизни. Естественно, сохраняется важность фено-менологической работы с актуальными компонентами психической боли.

Однако чем более многозначным становится выявленный контекст (фон), тем больше появляется возможностей для его терапевтической деконструкции, превращения незавершенного гештальта реальной боли в семиотическую боль и выявления ее ресурсов.

Определение ресурсов психической боли возможно в рамках следующих

подходов и техник:

1) феноменологическое сравнение “боли сейчас” vs. “боли тогда”; в результате суицидальный клиент относит пик своей душевной боли к прошлому, что ведет к ослаблению чувства беспомощности-безнадежности –

базисного эмоционального состояния, которое всегда наличествует в суицидальной ситуации (Шнейдман, 2001);

2) прояснение денотата (“Что это было?”) – жизненных обстоятельств, вызвавших душевную боль (горе, насилие, развод и т.п.); установление связи психической боли с соответствующей критической ситуацией позволяет уменьшить ее “свободное плавание” в поле и акцентировать преходящий характер случившегося;

3) фиксация предиката – отнесение основных болезненных переживаний в прошлое;

4) прояснение аффективной составляющей психической боли (эмоций отчаяния, ревности, ужаса, беспомощности, безнадежности и др.);

5) обозначение многозначности контекстов, в которых возможен поиск ресурсов (возраст, социальное положение, профессия, образование, семейный статус, прошлый опыт преодоления кризисных ситуаций и т.п.);

6) определение смысла психической боли; если при переживании психической боли происходит *смыслообретение*, то оно непременно становится условием осознания ресурсов боли и вызывает стремление их реализовать. Опыт переживания в этом случае сочетается с опытом рефлексии и смысла, что, в конечном счете, ведет к совершению *действия*, или ответственного поступка, по М.М.Бахтину. Иначе говоря, терапевтическая реконструкция боли в личной истории позволяет работать с болью как с осмыслением жизни в целом;

7) определение способов реализации ресурсов психической боли в конкретных жизненных обстоятельствах *данного* человека – заключительный этап работы.

Коррекция феноменов актуального суицидального вектора *данного* клиента и терапевтическая реконструкция боли в истории его жизни могут быть последовательными направлениями гештальттерапии или сочетаться друг с другом.

2.3 Особенности психологической поддержки по средствам телефона доверия

Следует быть открытым и сосредоточенным, когда подозревается суицид. Если абонент суицидален, то причина его звонка поговорить о суициде. Способность говорить о суициде свободно, полезна в целях снижения тревожности клиента по поводу своих суицидальных импульсов. Если абонент обнаруживает, что консультант интересуется им/ей и не боится суицидальных мыслей, он может понять, что суицид не является решением его проблемы. Абоненту требуется определенная смелость, чтобы рассказать о том, как он собирается совершить самоубийство. Это будет раскрытием суицидальных фантазий, раскрытием ауры тайны и интриги. Лучше всего это сделать, задав прямые специфические вопросы о суицидальных чувствах и планах абонента. Например, вы можете сказать: "Думаете ли Вы о самоубийстве?", "Чувствовали ли Вы что-либо подобное ранее?", "Были ли у вас попытки самоубийства?", "Как вы собираетесь совершить самоубийство?", "Есть ли у вас для этого средства (таблетки, оружие и т. д.)?", "Когда вы собираетесь покончить с собой?" Прослушивание суицидальных планов абонента поможет также решить, насколько серьезна угроза самоубийства. Необходимо проследить пути развития идей, чтобы понять, куда они ведут, но не стоит говорить слишком много. Абоненту должно хватать времени, чтобы выразить свои мысли. Говоря слишком быстро, чтобы заполнить паузы, консультант может раздражать абонента. Паузы позволяют абоненту собраться с мыслями и выразить их. Если консультант обнаружил, что абонент уже предпринимает суицидальные попытки (выпил таблетки, перерезал вены и т. п.) или собирается сделать это уже вот-вот, процесс помощи должен быть ускорен. Дополнительную информацию необходимо запросить, когда установлено, что абонент уже совершает самоубийство. Первой необходимой информацией является та, что может прояснить положение абонента. Также должна быть предпринята попытка узнать, какие средства использовались, как давно и где находится абонент. Если консультант неспособен получить необходимую информацию об абоненте в состоянии

саморазрушения, необходимо сообщить в специальную службу. Там смогут определить местонахождение абонента на линии связи. Если необходимая информация получена, нужно вызвать скорую помощь. Чрезвычайно важно удержать суицидального клиента от употребления средств самоубийства. Консультант должен попытаться поговорить с таким клиентом. Попытаться мобилизовать любые другие ресурсы, чтобы удержать клиента от использования этих средств. Если существуют значимые другие, нужно попросить разрешения переговорить с ними о положении клиента.