

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Психиатрия и наркология»

Утверждено на заседании кафедры
«Психиатрия и наркология»
«24» января 2023 г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

_____ Д.М. Ивашиненко

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по проведению практических (семинарских) занятий
по дисциплине (модулю)
«Психотерапия»
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программ ординатуры
по специальности подготовки
31.08.67 Хирургия

Идентификационный номер образовательной программы: 310867-01-23

Тула 2023 год

Разработчик методических указаний

Разработчик(и):

Иващенко Д.М., зав.кафедрой ПИИ, к.м.н., доцент
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



(подпись)

Содержание

- 1 Динамическое направление в психотерапии.
- 2 Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии.
- 3 Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.
- 4 Групповая психотерапия.
- 5 Организация психотерапевтической помощи.
- 6 Основы суицидологии.

1. Динамическое направление в психотерапии.

1. Актуальность темы.

Основой динамической психотерапии является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессознательного. Динамическая (психодинамическая) психотерапия известна также под названием психоаналитической психотерапии, ориентированной на инсайт-терапии, эксплоративной психотерапии. В ней акцентируется внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения — через особые когнитивные способы (защиты), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос), — которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его здоровье.

Динамическая психотерапия берет начало от классического психоанализа Фрейда. Согласно динамической психотерапии, определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психические феномены — это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. В соответствии с теорией конфликта инстинктов Фрейд описал основные силы в этой борьбе, которые участвуют в происхождении неврозов: «Человек заболевает в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им». Этиологию неврозов он считал сексуальной по природе.

2. Цель занятия и его учебно-целевые задачи.

Цель: на основании знания психоаналитической теории личности, теоретических основ патогенеза неврозов, психосоматических и личностных расстройств ординатор должен научиться владеть основными приемами психоанализа.

3. Учебно-целевые задачи

Знать:

1) особенности применения психотерапевтических техник и приёмов для повышения уровня мотивации пациента к сохранению и укреплению здоровья (код компетенции – ПК-9).

Уметь:

1) выявить у пациента психогенные факторы, препятствующие выздоровлению (код компетенции – ПК-9).

Владеть:

1) навыками оказания психотерапевтической помощи пациентам с различными заболеваниями (код компетенции – ПК-9).

4. Продолжительность занятий – 90 минут

5. Этапы планирования занятия

1 этап. Проверка исходного уровня знаний студентов проводится в форме письменного ответа на конкретные вопросы по теме.

2 этап. Разбор техники психоанализа, теоретических основ психодинамических направлений в психотерапии. Устный опрос, ответы на вопросы самоконтроля (домашняя работа).

3 этап. Работа ординаторов в малых группах (2-3 больных). Преподаватель поочередно в группах проверяет практические навыки, оценивает и корректирует работу ординаторов.

4 этап. Тренировка навыков техники психоанализа на примере конкретного случая с участием всей группы. Обсуждение вопросов лечения и профилактики.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью тестов второго уровня. В заключении занятия выставляется оценка, дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

6. Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – единство психики и тела человека, современные взгляды на духовную составляющую личности человека и его адаптацию в обществе.

2. Современные взгляды на психодинамические теории механизмов формирования невротических, психосоматических и личностных расстройств.

3. Основные этапы психоанализа.

4. Тренировка навыков техники психоанализа

7. Оснащение.

1. Демонстрационные материалы, включенные в обучающую программу (слайды, таблицы, видеофильмы).
2. Ситуационные задачи и эталоны ответов к ним.
3. Тесты и ситуационные задачи для оценки конечного уровня знаний.
4. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.

8. Литература

1. Александров, А. А. Интегративная психотерапия / А. А. Александров .— М. [и др.] : Питер, 2009 .— 348 с. : ил. — Библиогр.: с.343347 .— ISBN 978-5-388-00270-5 (в пер.) .
2. Соколова, Е.Т. Общая психотерапия : Учебное пособие .— М. : Тривола, 2001 .— 304с
3. Основные направления современной психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Е.С. Калмыкова [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2001.— 379 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3858>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю.
4. Люборски Лестер Принципы психоаналитической психотерапии. Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Люборски Лестер— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2002.— 256 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3850>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
5. Гулевский В.Я. Индивидуальная психотерапия. Практикум [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гулевский В.Я.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 189 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8866>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
6. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.— Электрон. текстовые данные.— Минск: Вышэйшая школа, 2012.— 496 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20234>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
7. Старшенбаум Г.В. Психотерапия в группе [Электронный ресурс]/ Старшенбаум Г.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2015.— 202 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31710>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

2. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии.

1. Актуальность темы

Гуманистическое направление отличается холистическим подходом к человеку. Ни одна его часть не отвергается и не рассматривается как нечто «низшее» или «менее человеческое», чем другие части. Секс и агрессия сами

по себе не считаются примитивными, эгоистическими импульсами. Субъективность, фантазия и интуиция считаются источниками развития и креативности. Люди не «обладают» личностью; они постоянно создают и пересоздают ее с помощью собственного выбора и действий.

Гештальт-терапия утверждает, что для понимания поведения человека нужно рассмотреть всю конфигурацию взаимоотношений в его жизни. Эта конфигурация включает в себя прошлый опыт человека, его убеждения и ценности, ожидания, желания и потребности, имеющиеся на данный момент, современный уклад жизни, определяемый его местом жительства, родственными отношениями и работой, и, наконец, ту непосредственную ситуацию, в которой он сейчас находится. Слово гештальт (от нем. «очертание» или «форма») обозначает такую конфигурацию объединенных воедино частей.

Гештальт-терапия сконцентрирована на том, чтобы повысить способность человека поддерживать полный контакт и осознание происходящего и таким образом помочь ему обрести способность сделать эффективный выбор.

2. Цель занятия и его учебно-целевые задачи.

Цель: на основании знания основ экзистенциально-гуманистического направления психотерапии, теоретических основ ролевых игр, гуманистических взглядов на психопатологию, ординатор должен научиться владеть основными приемами гештальт-терапии.

Учебно-целевые задачи

Знать:

1) особенности применения психотерапевтических техник и приёмов для повышения уровня мотивации пациента к сохранению и укреплению здоровья (код компетенции – ПК-9).

Уметь:

1) выявить у пациента психогенные факторы, препятствующие выздоровлению (код компетенции – ПК-9).

Владеть:

1) навыками оказания психотерапевтической помощи пациентам с различными заболеваниями (код компетенции – ПК-9).

3. Продолжительность занятия –90 минут.

4. Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний ординаторов проводится в форме письменного ответа на конкретные вопросы по теме.

2 этап. Разбор техник гештальт-терапии, теоретических основ гуманистического направления в психотерапии. Устный опрос, ответы на вопросы самоконтроля (домашняя работа).

3 этап. Работа ординаторов в малых группах (2-3 больных). Преподаватель поочередно в группах проверяет практические навыки, оценивает и корректирует работу ординаторов.

4 этап. Тренировка навыков техник гештальт-терапии на примере конкретного случая с участием всей группы.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью тестов второго уровня. В заключении занятия выставляется оценка, дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

5. Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – место экзистенциально-гуманистического подхода в современной психотерапии.

2. Взгляды на личность в гештальт-терапии.

3. Основные техники гештальт-терапии.

4. Тренировка навыков техник гештальт-терапии

6. Оснащение.

1. Демонстрационные материалы, включенные в обучающую программу (слайды, таблицы, видеофильмы).

2. Тесты для оценки конечного уровня знаний.

3. Методические разработки для преподавателей и студентов.

7. Литература

1. Александров, А. А. Интегративная психотерапия / А. А.

Александров .— М. [и др.] : Питер, 2009 .— 348 с. : ил. — Библиогр.: с.343347 .— ISBN 978-5-388-00270-5 (в пер.) .

2. Соколова, Е.Т. Общая психотерапия : Учебное пособие .— М. : Тривола, 2001 .— 304с

3. Основные направления современной психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Е.С. Калмыкова [и др.].— Электрон. текстовые

данные.— М.: Когито-Центр, 2001.— 379 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3858>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю.

4. Люборски Лестер Принципы психоаналитической психотерапии. Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Люборски Лестер— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2002.— 256 с.— Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/3850>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

5. Гулевский В.Я. Индивидуальная психотерапия. Практикум [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гулевский В.Я.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 189 с.— Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/8866>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

6. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.— Электрон. текстовые данные.— Минск: Вышэйшая школа, 2012.— 496 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20234>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

7. Старшенбаум Г.В. Психотерапия в группе [Электронный ресурс]/ Старшенбаум Г.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2015.— 202 с.— Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/31710>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

3. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.

1. Актуальность темы.

Поведенческая терапия возникла на психотерапевтической сцене относительно недавно. Как систематический подход к диагностической оценке и лечению психологических расстройств она сформировалась лишь к концу 50-х годов. На ранних стадиях своего развития поведенческая терапия рассматривалась как приложение современной теории научения к решению клинических проблем. Под словосочетанием «современная теория научения» имелись в виду принципы и методы классического и оперантного обусловливания. Поведенческая терапия воспринималась как логическое распространение бихевиоризма на сложные формы человеческой деятельности.

В течение двух с небольшим десятилетий, прошедших со времени зарождения поведенческой терапии, в ней произошли значительные перемены, касающиеся как ее характера, так и диапазона применения. Она превратилась в комплексную и детализированную область знаний и практики.

Сегодня поведенческую психотерапию характеризует многообразие взглядов и подходов. Она включает в себя широкий спектр гетерогенных методов, имеющих различные теоретические обоснования. В ее рамках ведутся открытые дискуссии по поводу концептуальных основ, методологических требований и критериев эффективности. По мере расширения «территории» поведенческой терапии увеличивались также области ее пересечения с другими психотерапевтическими подходами. Тем не менее, ее базисные концепции остаются достаточно четкими, что позволяет четко определять как общность с другими терапевтическими системами, так и отличие от них. Следовательно, тема данной работы является актуальной на данном этапе развития поведенческой психотерапии.

2. Цель занятия и его учебно-целевые задачи.

Цель: на основании знания основ когнитивно-поведенческого направления психотерапии, ординатор должен научиться владеть основными приемами терапии.

Учебно-целевые задачи

Знать:

1) особенности применения психотерапевтических техник и приёмов для повышения уровня мотивации пациента к сохранению и укреплению здоровья (код компетенции – ПК-9).

Уметь:

1) выявить у пациента психогенные факторы, препятствующие выздоровлению (код компетенции – ПК-9).

Владеть:

1) навыками оказания психотерапевтической помощи пациентам с различными заболеваниями (код компетенции – ПК-9).

3. Продолжительность занятий – 90 минут

4. Этапы планирования занятий

1 этап. Проверка исходного уровня знаний ординаторов проводится в форме письменного ответа на конкретные вопросы по теме.

2 этап. Разбор техник когнитивно-поведенческой, теоретических основ. Устный опрос, ответы на вопросы самоконтроля (домашняя работа).

3 этап. Работа ординаторов в малых группах (2-3 больных). Преподаватель поочередно в группах проверяет практические навыки, оценивает и корректирует работу ординаторов.

4 этап. Тренировка навыков техник когнитивно-поведенческой терапии на примере конкретного случая с участием всей группы.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью тестов второго уровня. В заключении занятия выставляется оценка, дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

5. Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – место когнитивно-поведенческого подхода в современной психотерапии.
2. Взгляды на личность в когнитивно-поведенческой терапии.
3. Основные техники когнитивно-поведенческой терапии.
4. Тренировка навыков техник когнитивно-поведенческой терапии.

6. Оснащение.

1. Демонстрационные материалы, включенные в обучающую программу (слайды, таблицы, видеофильмы).
2. Тесты для оценки конечного уровня знаний.
3. Методические разработки для преподавателей и студентов.

7. Литература

1. Александров, А. А. Интегративная психотерапия / А. А. Александров .— М. [и др.] : Питер, 2009 .— 348 с. : ил. — Библиогр.: с.343347 .— ISBN 978-5-388-00270-5 (в пер.) .
2. Соколова, Е.Т. Общая психотерапия : Учебное пособие .— М. : Тривола, 2001 .— 304с
3. Основные направления современной психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Е.С. Калмыкова [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2001.— 379 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3858>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю.
4. Люборски Лестер Принципы психоаналитической психотерапии. Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Люборски Лестер— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2002.— 256 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3850>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
5. Гулевский В.Я. Индивидуальная психотерапия. Практикум [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гулевский В.Я.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 189 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8866>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
6. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия [Электронный ресурс]:

учебное пособие/ Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.— Электрон. текстовые данные.— Минск: Высшая школа, 2012.— 496 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20234>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

7. Старшенбаум Г.В. Психотерапия в группе [Электронный ресурс]/ Старшенбаум Г.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2015.— 202 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31710>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

4. Групповая психотерапия

1. Актуальность темы.

Групповая психотерапия направлена на личностный рост, инсайт, познание самого себя через взаимодействие с другими, социальное приспособление.

Основные методы групповой психотерапии.

1. Групповая дискуссия (вербальный):

- интеракционная ориентация (анализ групповой динамики)
- биографическая (анализ биографии индивида)
- тематическая (анализ темы)

2. Психодрама (вербальный).

2. Психогимнастика (невербальный) – основное средство взаимодействия – двигательная активность, мимика.

3. Проективный рисунок (невербальный).

4. Музыкотерапия (невербальный).

Правила групповой психотерапии.

Каждый член группы обязан:

1. Выполнять распорядок групповых занятий.
2. Говорить в группе обо всем открыто и честно.
3. Не выносить за пределы группы того, что происходит на групповых занятиях.
4. Помогать товарищам по группе осознавать и изменять свой способ поведения, если он противоречит общепринятым нормам.
5. Отказаться от общих фраз, говорить о проблемах открыто и по принципу здесь и теперь.
6. Давать возможность высказаться каждому члену группы, не перебивать говорящего.
7. Использовать принцип эмпатии – сопереживания.

2. Цель занятия и его учебно-целевые задачи.

Цель: на основании знания теории малых групп, групповой динамики, ролей в группе, студент должен научиться основным принципам ведения малых групп, методам терапии, используемым в группах.

Учебно-целевые задачи

Знать:

1) особенности применения психотерапевтических техник и приёмов для повышения уровня мотивации пациента к сохранению и укреплению здоровья (код компетенции – ПК-9).

Уметь:

1) выявить у пациента психогенные факторы, препятствующие выздоровлению (код компетенции – ПК-9).

Владеть:

1) навыками оказания психотерапевтической помощи пациентам с различными заболеваниями (код компетенции – ПК-9).

3. Продолжительность занятия - 90 минут.

4. Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний ординаторов проводится с помощью тестов первого уровня или в форме письменного ответа на конкретные вопросы по теме.

2 этап. Разбор вопросов этиологии, патогенеза, клиники эпилепсии, психических расстройств при данной патологии. Устный опрос, ответы на вопросы самоконтроля (домашняя работа).

3 этап. Работа ординаторов в малых группах. Преподаватель поочередно в группах проверяет практические навыки, оценивает и корригирует действия ординаторов.

4 этап. Тренировка навыков техники групповой работы на примере конкретного случая с участием всей группы. Обсуждение вопросов использования группового процесса в лечении и реабилитации различных состояний

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью тестов второго уровня. В заключении занятия выставляется оценка, дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

5. Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – место групповой терапии в профилактике и реабилитации неврозов, тяжёлых психических расстройств.

2. Современные взгляды на типологию групп, групповой процесс.

Понятие о различных типах групп (психообразовательные, самопомощи и т.д.)

3. Основные этапы групповой работы.

4. Тренировка навыков ведения группы

6. Оснащение.

1. Демонстрационные материалы, включенные в обучающую программу (слайды, таблицы, видеофильмы).

2. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.

7. Литература

1. Александров, А. А. Интегративная психотерапия / А. А. Александров .— М. [и др.] : Питер, 2009 .— 348 с. : ил. — Библиогр.: с.343347 .— ISBN 978-5-388-00270-5 (в пер.) .

2. Соколова, Е.Т. Общая психотерапия : Учебное пособие .— М. : Тривола, 2001 .— 304с

3. Основные направления современной психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Е.С. Калмыкова [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2001.— 379 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3858>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю.

4. Люборски Лестер Принципы психоаналитической психотерапии. Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Люборски Лестер— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2002.— 256 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3850>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

5. Гулевский В.Я. Индивидуальная психотерапия. Практикум [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гулевский В.Я.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 189 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8866>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

6. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.— Электрон. текстовые данные.— Минск: Вышэйшая школа, 2012.— 496 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20234>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

7. Старшенбаум Г.В. Психотерапия в группе [Электронный ресурс]/ Старшенбаум Г.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2015.— 202 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31710>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

5. Организация психотерапевтической помощи.

1. Актуальность темы

Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляется системой самостоятельных психотерапевтических учреждений и психотерапевтических подразделений (других учреждений) лечебно-профилактической сети. Находясь на одной территории обслуживания (района, города, области, края, республики), они образуют психотерапевтическую службу, методическое руководство которой осуществляется главным психотерапевтом органа управления здравоохранением Администрации субъекта Российской Федерации.

Психотерапевтическая служба тесно связана с психиатрической службой, вместе с которой, а также с другими специализированными службами — кризисной, сексологической и другими, образует региональную систему охраны психического здоровья населения.

Основные подходы к организации психотерапевтической помощи:

— принцип приближения психотерапевтической помощи к населению, создание психотерапевтических кабинетов в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля, специализированных центрах, многопрофильных больницах;

— принцип ступенчатости, создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих психотерапевтическую помощь на различных уровнях;

— принцип преемственности, взаимной дополняемости учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь на различных уровнях.

2. Цель занятия и его учебно-целевые задачи.

Познакомить ординаторов с основными принципами организации психотерапевтической помощи.

Учебно-целевые задачи

Знать:

1) особенности применения психотерапевтических техник и приёмов для повышения уровня мотивации пациента к сохранению и укреплению здоровья (код компетенции – ПК-9).

Уметь:

1) выявить у пациента психогенные факторы, препятствующие выздоровлению (код компетенции – ПК-9).

Владеть:

1) навыками оказания психотерапевтической помощи пациентам с различными заболеваниями (код компетенции – ПК-9).

3. Продолжительность занятия – 90 минут.

4. Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний ординаторов проводится с помощью тестов первого уровня или в форме письменного ответа на конкретные вопросы по теме.

2 этап. Разбор вопросов организации психотерапевтической помощи. Устный опрос, ответы на вопросы самоконтроля (домашняя работа).

3 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

4 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью тестов второго уровня. В заключении занятия выставляется оценка, дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

5. Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность.
2. Современные взгляды на организацию психотерапевтической помощи.

6. Оснащение.

1. Демонстрационные материалы, включенные в обучающую программу (слайды, таблицы, видеофильмы).
2. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.

7. Литература

1. Александров, А. А. Интегративная психотерапия / А. А. Александров .— М. [и др.] : Питер, 2009 .— 348 с. : ил. — Библиогр.: с.343-347 .— ISBN 978-5-388-00270-5 (в пер.) .
2. Соколова, Е.Т. Общая психотерапия : Учебное пособие .— М. : Тривола, 2001 .— 304с
3. Основные направления современной психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Е.С. Калмыкова [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2001.— 379 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3858>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю.

4. Люборски Лестер Принципы психоаналитической психотерапии. Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Люборски Лестер— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2002.— 256 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3850>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

6. Основы суицидологии

1. Актуальность темы.

Суицид - исключительно человеческий акт. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами. Они часто страдают психическими болезнями, эмоциональными нарушениями, особенно депрессией, и смотрят в будущее без надежды. При суициде или парасуициде возбуждается уголовное дело и проводится судебно-медицинское, при детском суициде судебно-психологическая экспертиза. Выясняется причастность к произошедшему других лиц. Согласно УК РФ в экспертизе принимают участие педагоги и психологи. Всегда моральная ответственность ложится на тех, кто был рядом

Статистика говорит: 70-80 е годы совершалось 6 тысяч в год суицидов, с 1980 по настоящее время 30 тысяч в год. Самое страшное то, что суицид заметно помолодел: 25% юноши, т.к. у них в 5 раз больше удавшихся попыток, 17 %- девушки. Пики суицидов отмечены в 1985, 1992,1998, 2000 годах- как отклик радикальных изменений в обществе

2. Цель занятия и его учебно-целевые задачи.

Цель: на основании знания психоаналитической теории личности, теоретических основ патогенеза неврозов, психосоматических и личностных расстройств ординатор должен научиться владеть основными приемами психоанализа.

Учебно-целевые задачи

Знать:

1) особенности применения психотерапевтических техник и приёмов для повышения уровня мотивации пациента к сохранению и укреплению здоровья (код компетенции – ПК-9).

Уметь:

1) выявить у пациента психогенные факторы, препятствующие выздоровлению (код компетенции – ПК-9).

Владеть:

1) навыками оказания психотерапевтической помощи пациентам с различными заболеваниями (код компетенции – ПК-9).

Блок информации

В последние годы все большее внимание исследователей различных специальностей — психиатрии, психологии, антропологии, социологии, криминалистики и других — привлекает проблема изучения суицидального поведения в подростковом и юношеском возрастах. Это связано с неуклонным ростом суицидальной активности молодежи во второй половине XX столетия. Во многих странах суицидальные попытки являются одной из основных причин неотложной госпитализации и лечения молодых людей, что является тяжелым бременем для систем здравоохранения этих государств. По материалам ВОЗ, суицид как причина смерти вышел на одно из первых мест в мире. Самоубийства у лиц в возрасте до 25 лет составляют примерно 19 % от общего числа. Суицидальный феномен представляет собой статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития как государств, так и их отдельных регионов.

Изучение современных тенденций самоубийств, их количественной динамики, социально-демографических характеристик является актуальной задачей многих дисциплин, одной из которых является психиатрия, а практическое применение этих научных исследований находит свое отражение в организации мероприятий по превенции суицидального поведения, а также антикризисной помощи населению.

Суицид представляет собой действие, целью которого является смерть. При описании этого явления в специальной и неспециальной литературе, а также в повседневной речи используются следующие понятия: «добровольный уход из жизни», «самоубийство», «самоуничтожение». Независимо от этих и других названий обычным определением суицида было «добровольное, намеренное самоубийство». Некоторые суицидологи придерживались собственных более сложных определений. Е. Stengel определяет суицид как «фатальное нанесение самоущерба, под влиянием осознанного аутодеструктивного намерения». Многими исследователями эти определения воспринимались как неконкретные и расплывчатые. Е. Shneidman дал следующую дефиницию: «Суицид есть сознательное самоуничтожение, необходимое хорошо понимающему свое расстройство индивидууму, считающему самоубийство самым лучшим решением своей проблемы».

В то же время продолжается дискуссия о необходимости включения в дефиницию сознательного желания умереть. Так как самоубийство является способом ухода из жизни, смерть может являться либо целью, либо средством достижения другой цели. Многие суицидологи придерживаются мнения, что почти все лица, совершающие суицидальные действия имеют двойственное отношение к смерти. В большинстве случаев человек не хочет умирать, то есть не видит ее как цель, но тем не менее желает прекратить воспринимать окружающую обстановку или определенным образом уйти из нее —

воспринимает смерть как средство. Изучая суицидальное поведение, Е. Stengel делает заключение, что лица, погибающие от суицида, и люди, предпринимающие «неудавшиеся» попытки самоубийства, составляют две отличающиеся друг от друга группы.

Среди первых преобладают мужчины старшего возраста, а среди вторых больше всего встречаются молодые женщины. 31 представитель 15 европейских стран на встрече в Йорке рабочей группы по профилактике самоубийств и суицидальных попыток регионального европейского офиса Всемирной организации здравоохранения, обсуждая потребность в общих дефинициях фатальных и нефатальных суицидальных действий, согласились на нескольких определениях.

«Суицид – это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им/ей изменения». Данное определение не включает в себя описание конкретного «желания смерти» индивидом, однако ограничивает внесение в это понятие смертей лиц, не понимающих или не осознающих потенциальную летальность своих действий – это распространяется на ряд психотических пациентов, а также страдающих тяжелой умственной отсталостью или деменцией. Определение нефатальных суицидальных действий более усложнено. Постоянное увеличение частоты попыток самоубийства создает условия для всестороннего изучения и анализа этого явления. Благодаря развитию знаний в этой области установлено, что далеко не все нефатальные суицидальные действия являются неудавшимися самоубийствами. Целью большинства из них является не намерение умереть, а сигнал индивида о необходимости таких изменений обстановки, чтобы сделать его жизнь субъективно терпимой.

«Суицидальная попытка (парасуицид) – действие с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную». Эта дефиниция включает в том числе действия, прерванные другими лицами, до нанесения самоповреждения, например, удаление суицидента с железнодорожного полотна до прибытия в это место поезда; в то же время она исключает аутоагрессивные действия людей, не понимающих или не осознающих их последствий, например, страдающих некоторыми психотическими расстройствами, деменцией или тяжелой умственной отсталостью. Приведенные определения приняты в большинстве стран Европы и являются базовой концепцией практических психиатров, а также исследователей этого вопроса.

В отечественной психиатрии определение суицидального поведения дано А. Г. Амбрумовой (1978, 1980, 1982): «Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние – антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние формы –

суицидальная попытка, завершённый суицид». Это определение наиболее полно отражает весь спектр его проявлений.

А. Е. Личко (1985) выделил три основных типа суицидального поведения подростков: истинное, аффективное, демонстративное. Изучая суицидальное поведение, важно установить связь и преемственность между его проявлениями. Такая связь у лиц, совершивших суицидальную попытку, устанавливается ретроспективно. В случаях завершённого суицида проводится так называемая психологическая аутопсия – реконструкция социальных и психологических особенностей смерти путем интервьюирования основных лиц, знавших погибшего. Она позволяет установить наличие суицидальных мыслей, попыток, различных злоупотреблений в анамнезе. Некоторую информацию дает анализ предсмертных записок, которые оставляет каждый шестой суицидент, независимо от пола, возраста, способа самоубийства, семейного положения и наличия того или иного психического заболевания. При самоубийстве психически больных в ряде случаев применяется посмертная судебно-психиатрическая экспертиза путем анализа сведений, содержащихся в медицинской документации, объективных данных и материалах дела по факту свершившегося. По данным М. Marttunen et al., около четверти молодых людей, учащихся финских школ, покончивших жизнь самоубийством, совершали раньше попытки расстаться с жизнью. В настоящее время широко известно, что суицидальная попытка является одним из самых сильных факторов риска самоубийства. В возрастной группе 11-19 лет уже предпринимали по меньшей мере одну попытку расстаться с жизнью 5 % юношей и 8 % девушек, а 1,8 % – две и более. Около 40 % молодых людей, совершивших парасуицидальное действие, уже имели ранее одну и более попытки самоубийства. Как указывают J. Vedrinne & D. Weber, при каждой повторяющейся попытке риск смерти возрастает, а суицидальный акт в таких случаях «лучше» подготовлен и менее импульсивен.

Характеристика суицидального поведения

Считается, что сам термин «суицид» стал использоваться суицидологами с момента опубликования в начале XX века знаменитого исследования-эссе о самоубийстве французского социолога Э. Дюркгейма, сосредоточившего свое внимание в основном на сознательном характере феномена. Суицидальное поведение представляет собой аутоагрессивные действия человека, сознательно и преднамеренно направленные на лишение себя жизни из-за столкновения с неблагоприятными жизненными обстоятельствами. Под термином «суицид» (*suicidium*; лат. *suī* себя + *caedo* убивать) подразумевается умышленное лишение себя жизни, самоубийство. Большинство исследователей отмечают, что самоубийство – деяние сознательное. Таким образом, ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям. Самоубийство традиционно трактуется, прежде всего,

как свободное решение воли. Медицинское определение суицида и суицидальной попытки подчеркивает, что смерть – сознательная цель индивидуума. Вместе с тем ведущие суицидологи полагают, что суицид и суицидальная попытка представляют собой два принципиально различных рода действий, то есть завершённый суицид – это не просто преувеличенная форма суицидальной попытки, а суицидальная попытка, как правило, не аналог лишь случайно неудавшегося самоубийства. Если при завершённом суициде агрессия направлена против собственного «Я», то при суицидальной попытке она изменяет точку приложения и направлена в основном вовне, что обуславливает конечную цель суицидальной попытки – апелляцию к социальному окружению. Различие феноменов завершённого суицида и суицидальной попытки подтверждает и тот факт, что если в контингенте завершённых суицидов преобладают психически больные, то среди пациентов с суицидальными попытками преобладают лица с пограничными расстройствами, а также здоровые в психическом отношении люди с ситуационными реакциями в момент совершения попытки. При рассмотрении психологического смысла незавершённых суицидов важнейшую роль играет проблема определения желания суицидентами собственной смерти. В литературе имеются указания, что, несмотря на заявления немалой части суицидентов о своем желании умереть в момент совершения суицидальной попытки, истинное стремление к смерти у них отсутствует.

В теоретических исследованиях А. Г. Амбрумовой и ее сотрудников также показано, что конечная цель попытки самоубийства (смерть) и ее психологический смысл не всегда совпадают. Были выделены различные типы психологического смысла суицида каждый из которых в большей или меньшей степени не соответствует подразумеваемой конечной цели аутоагрессивных действий.

Под самоубийством понимаются два разнопорядковых явления:

1. Индивидуальный поведенческий акт, лишение себя жизни конкретным человеком.
2. Относительно массовое, статистически устойчивое социальное явление, заключающееся в том, что некоторое количество людей добровольно уходят из жизни.

Как индивидуальный поступок самоубийство служит предметом психологии, медицины, этики; как социальное явление – социологии, социальной психологии. В некоторых языках, включая английский, немецкий и русский, отсутствует дифференциация этих двух различных понятий. Поэтому лишь из контекста бывает ясно, идет ли речь о поступке человека или же о социальном феномене.

В настоящее время принято рассматривать самоубийство в рамках комплексной проблемы суицидального поведения.

Суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, суицидальные намерения (идеи), суицидальные приготовления, суицидальные попытки (покушения) и собственно акт суицида. Эти формы обычно рассматриваются как стадии или же проявления одного феномена. Однако некоторые авторы относят завершённый и незавершённый суицид к различным, относительно самостоятельным явлениям, исходя, в частности, из того, что в ряде случаев суицидальные попытки носят шантажный характер при отсутствии умысла на реальный уход из жизни.

Собственно суицидальное поведение – любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Внутреннее суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения.

Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями из этой шкалы:

1. Пассивные суицидальные мысли, характеризующиеся представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться» и т. п.).

2. Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место самоубийства.

3. Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

В самом широком смысле самоубийство – вид саморазрушительного, аутодеструктивного поведения (наряду с курением, пьянством, употреблением наркотиков). В более узком, медико-правовом смысле самоубийство означает вид насильственной смерти с указанием ее причины. Существует множество разновидностей суицидального поведения, а следовательно, и их классификаций по разным основаниям (причины, стадии, мотивы и др.).

Самоубийство – одна из вечных проблем человечества, поскольку это явление существует столько же, сколько существует на Земле человек. Самоубийство, как считают большинство исследователей, явление сугубо антропологическое, а случаи самоубийств животных являются либо поэтическим вымыслом, либо неверными выводами из поверхностных наблюдений за поведением животных. Самоубийство – чисто человеческий, сознательный поведенческий акт, значит, не будет преувеличением сказать, что оно является своеобразной «платой» за разум, индивидуальность, за свободу воли и выбора. Рассматривая вопрос о помощи при потенциальном суициде, необходимо постараться понять особенности личности самоубийцы –

и, естественно, причины, заставившие его совершить столь экстремальный поступок.

Установлено, что суицидальные пациенты (имеются в виду лица, совершавшие суицидальные попытки или самоубийства) характеризуются определённым набором психологических характеристик. На основе анализа данных суицидологических служб выявлено 10 общих черт потенциальных самоубийц. Под «общими чертами» самоубийц понимаются те проявления, которые отмечаются, по крайней мере, у 95 % лиц, совершивших суицид, и касаются мыслей, чувств или форм поведения, наблюдаемых почти в каждом случае самоубийства (Шнейдман Э., 2001).

Рассмотрим эти 10 общих черт суицидентов:

1. Общей целью суицида является нахождение решения. Самоубийство не является случайным действием – оно никогда не совершается бесцельно. Суицид представляется выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, затруднения, кризиса или невыносимой ситуации. Для суицидента идея самоубийства приобрела бесспорную логичность и стала несомненным побуждением к действию. Суицид является ответом, представляющимся единственно доступным из всех возможных решений, на почти неразрешимые вопросы: «Как мне из всего этого выбраться? Что же мне делать?». Цель каждого самоубийства состоит в разрешении проблемы, нахождении решения сложной задачи, причиняющей человеку страдания. Чтобы понять причины суицида, прежде всего, следует знать, какую именно психологическую проблему пытается разрешить самоубийца.

2. Общей задачей суицида является прекращение сознания. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и разрешению острого внутриличностного конфликта, особенно если это выключение рассматривается человеком как очень надёжный вариант выхода из сложной жизненной ситуации. В тот момент, когда мысль о возможности прекращения сознания становится для испытывающего мучения человека единственным ответом или выходом из невыносимой ситуации, тогда добавляется ещё какой-то иницирующий фактор, и начинает реализовываться активный суицидальный сценарий: «Я передал себя в руки смерти» – так человек сообщает нам о своём желании, чтобы всё прекратилось раз и навсегда.

3. Общим стимулом к совершению суицида являются тягостные переживания. Если человек, имеющий суицидальные намерения, стремится к прекращению сознания, то тягостные переживания – это то, чего он пытается избежать. Детальный анализ показывает, что суицид можно легче всего понять, как сочетание движения по направлению к прекращению потока своего сознания и бегства от тягостных переживаний, невыносимых страданий и боли. Никто не совершает самоубийства, испытывая радость. Враг жизни – это боль: «Внутри я умер», «Я испытывала сильнейшую внутреннюю боль» – так писали в записках люди, совершившие суицид. Суицид может быть

рассмотрен как специфическая человеческая реакция на невыносимую душевную боль – боль, порождённую внутриличностным конфликтом. Таким образом, если психологу удастся снизить интенсивность переживаний суицидента, то вполне вероятно, что он найдет иные варианты решения проблемы помимо самоубийства и выберет жизнь.

4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Самоубийство порождается нереализованными или не удовлетворёнными психологическими потребностями. Именно они порождают тягостные переживания и толкают человека на совершение суицидальной попытки. Чтобы понять самоубийство в этом контексте, вопрос следует поставить шире: какова психологическая подоплёка большинства человеческих поступков? Наиболее общий ответ на этот вопрос состоит в том, что в целом действия людей направлены на удовлетворение их потребностей. Поэтому естественно, что в большинстве суицидов задействованы комбинации различных фрустрированных потребностей. В силу этого человек, проявляющий суицидальные тенденции, полагает, что его самоубийство преследует определённую цель, направленную на преодоление фрустрации стремлений. Любая суицидальная попытка отражает ту или иную неудовлетворённую психологическую потребность.

5. Общей суицидальной эмоцией является чувство беспомощности и безнадежности. Для лиц, предпринимающих суицидальные попытки, характерно всеобъемлющее чувство беспомощности и безнадежности: «Я уже ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить переживания, которые я испытываю)». Для человека, собирающегося закончить жизнь самоубийством, характерно чувство внутренней опустошенности, унылое ощущение, что всё вокруг совершенно безнадежно, а человек беспомощен что-либо изменить.

6. Общим отношением к суициду является амбивалентность. Лица, совершающие самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли. Для самоубийства типично такое поведение: человек совершает суицидальную попытку, а потом обращается за помощью, и оба эти действия являются искренними. Амбивалентность представляет собой совершенно естественное состояние при самоубийстве: чувство, что ты должен совершить это, и одновременно желание постороннего вмешательства. Именно амбивалентность даёт основания для психотерапевтического вмешательства.

7. Для суицидентов характерно снижение когнитивных функций. Суицид можно определить, как транзитное состояние сужения аффективной и когнитивной сфер: «Мне ничего больше не оставалось»; «Единственным возможным выходом была смерть». Вариантом нарушения когнитивных функций является туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения, ранее доступных сознанию данного человека, пока его мышление, в состоянии кризиса, не стало дихотомическим (либо – либо). Либо я достигну некоего особенного разрешения всей ситуации, либо же перестану существовать. Совершающий самоубийство прерывает все связи

с прошлым, воспоминания его уже не спасут; он сам находится в прошлом и не видит перед собой будущего. Оказывая суициденту психологическую помощь, необходимо открыть перед ним будущее и обозначить новые возможности.

8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Под эгрессией понимается преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. Вот примеры из суицидальных записок: «Покончив с собой, я избавлюсь от всего», «Теперь, наконец, придёт свобода от душевных мучений». Самоубийство является предельной формой эгрессии, большей, чем все прочие виды бегства – развод, уход из дома, увольнение с работы, дезертирство из армии.

9. Коммуникация суицидентов направлена на сообщение о своём намерении. Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение к планируемому поступку, сознательно или бессознательно подают сигналы бедствия, как бы снабжая окружающих ключами к своему намерению, они вызывают о вмешательстве или ищут возможности спасения. Следует отметить, что общее коммуникативное действие при самоубийстве – это не проявление вражды, ярости или разрушения и даже не замкнутость или депрессия, а именно сообщение о своем суицидальном намерении. Естественно, эти словесные сообщения и поведенческие проявления часто бывают косвенными, но внимательный человек в состоянии их заметить.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения. Существует связь стиля суицидального поведения и стиля преодоления трудностей. Чтобы оценить индивидуальную устойчивость человека к психотравмирующим факторам, следует обратиться к анамнезу его жизни. Важно выяснить, нет ли у него склонности к сужениям когнитивной сферы, дихотомическому мышлению или устоявшимся моделей бегства и эгрессии, применявшихся в возникающих ранее критических ситуациях. Ответы можно получить, расспросив о деталях того, каким образом происходило, например, увольнение с работы или развод, как удавалось справиться с психологическими кризисами. Повторные тенденции к уходу, избеганию или эгрессии являются, пожалуй, одним из самых красноречивых предвестников самоубийства. Таким образом, самоубийство можно понимать как действия человека, находящегося в определенном эмоциональном и психологическом состоянии. Эти действия являются реакцией на возникшие субъективные или объективные проблемы. Суицидальное поведение не направлено на адаптацию, оно выполняет функцию снятия психологической боли (Шнейдман Э., 1993). Эта специфическая боль, вызванная чувством краха, стыда, страха, вины, угнетения, потери достоинства, одиночества, безнадежности, противостояния. Неспособность терпеть боль, активное желание ее прекратить – вот одна из важнейших причин суицидального поведения.

Этапы развития суицидального поведения

Под суицидальным поведением понимаются любые внутренние и внешние формы психических актов, направленные представлениями о лишении себя жизни. В результате исследований установлено, что суицидальное поведение, как бы быстро оно не разворачивалось, всегда имеет постоянные компоненты своей динамики.

Самоубийству предшествует предсуицид. Он включает в себя две фазы: преддиспозиционную и собственно суицидальную. Преддиспозиционная фаза характеризуется исключительно высокой активностью человека по выходу из кризисной ситуации (период поиска «точки опоры»). Но эта активность не сопровождается суицидальными исполнительными действиями. По мере того, как исчерпываются варианты разрешения ситуации, порождается мысль о ее неразрешимости. На этом этапе суицидент остро ощущает невыносимость существования в сложившихся условиях и предположительно констатирует отсутствие желания жить, но мысли о самоубийстве блокируются механизмами защиты. В этих условиях еще сохраняется возможность оказать помощь и поддержку человеку, вывести его из тупика. Суицидальная фаза предсуицида начинается после дальнейшего углубления дезадаптации суицидента, если до этого он не нашел варианта выхода из кризиса и не получил надлежащей помощи и поддержки. Данная фаза характеризуется тем, что у человека возникают суицидальные мысли, а позднее – и обдумывание способа суицида. На этом этапе, как правило, необходимо вмешательство специалистов. Следует отметить, что суицидальная фаза предсуицида, начало которой связано с появлением суицидальных замыслов, длится вплоть до покушения на свою жизнь.

Суицид – динамический процесс, состоящий из трех этапов:

I. Этап суицидальных тенденций. Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. Суицидальные тенденции могут привести к завершённому суициду, результат которого – смерть человека. На этом этапе осуществляется превенция суицида, то есть его предотвращение на основании признаков суицидальных намерений. Как замечал Э. Шнейдман: «унция профилактики, несомненно, стоит фунта лечения». Задача массовой профилактики среди населения состоит в повышении психологической культуры.

II. Этап суицидальных действий. Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под суицидальной попыткой понимается сознательное стремление лишить себя жизни, которое по не зависящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание медицинской помощи) не было доведено до конца. Самоповреждения, напрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленное на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название парасуицида. Парасуициды обычно не

предусматривают смертельного исхода, но могут «переигрываться», приводя к летальному исходу. На этом этапе осуществляется процедура психологической интервенции – это процесс вмешательства в суицидальные действия для предотвращения суицида и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему психологической помощи по выходу из предсуицидального кризиса. Главная задача интервенции – помешать человеку совершить акт суицида, а не в том, чтобы изменять структуру личности или излечить нервно-психическое расстройство. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

Однако форма поведения человека в это время отражает индивидуальный подход к самоубийству, что позволяет выделить ряд личностных стилей суицидентов.

1. Импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний.

2. Компulsiveный: установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна, и при соотнесении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду.

3. Рискующий: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.

4. Регрессивный: снижение (по разным причинам) эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью.

5. Зависимый: беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки.

6. Амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти.

7. Отрицающий: преобладание магического мышления, в силу чего отрицаются конечность самоубийства и его необратимые последствия. Отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск.

8. Гневный: затрудняются выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой.

9. Обвиняющий: убежденность в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.

10. Убегающий: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать или уйти от психотравмирующей ситуации.

11. Бесчувственный: притупление эмоциональных переживаний.

12. Зброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.

13. Творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

Подготовка к суициду.

При истинном суициде намерение покончить с собой развивается в течение длительного времени – подготовка к акту суицида может занимать от нескольких дней до нескольких лет. Суицидент долго анализирует причины и возможные последствия самоубийства, рассматривает различные способы и оценивает их эффективность и надёжность, планирует наиболее надёжный сценарий суицидального действия. Суицидент учитывает анатомию и физиологию организма человека, физиологию процесса умирания (агония, клиническая и биологическая смерть). Непосредственно перед актом самоубийства у суицидента может проявиться так называемое терминальное поведение – человек «приводит дела в порядок»: составляет завещание, просит прощения у старых врагов, делает прощальные подарки друзьям, закрывает счёт в банке, отдаёт долги, проводит в квартире генеральную уборку. Иногда суицидент совершает ряд действий, направленных на уменьшение негативных последствий его суицида для окружающих (например, бреется, моется, переодевается в чистое белье, совершает предварительную дефекацию и мочеиспускание). Психологически это может означать извинение за причинённые неудобства. Если самоубийство незавершенное, то к общей схеме развития суицидального поведения добавляется еще одна фаза – постсуицид.

III. Этап постсуицидального кризиса. Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся 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 является системой мер, направленных на преодоление психического кризиса и адресованных не только выжившему суициденту, но и его окружению.

Классификация и причины суицида

Классификация суицида

Суицидальной можно назвать любую внешнюю или внутреннюю активность, направляемую стремлением лишить себя жизни. Выделяются внутренние и внешние суицидальные проявления. Внутренние суицидальные проявления включают в себя: Суицидальные мысли, фантазии на тему смерти («хорошо бы заснуть и не проснуться», «если бы со мной что-нибудь случилось, я бы умер»). Суицидальные замыслы: продумывание способов самоубийства, выбор его средств и времени. Суицидальные намерения: к замыслу присоединяется волевой компонент, человек настраивает себя на действие. К внешним формам суицидального поведения относятся: Суицидальные попытки: целенаправленные акты поведения, направленные на лишение себя жизни, не закончившиеся смертью. Завершённый суицид: действия заканчиваются гибелью человека. Разные авторы различают от 8 до 16 возможных способов самоубийства.

В современной суицидологии принято выделять:

1. Самоповешение.
2. Самоудавление.
3. Самоутопление.
4. Самоотравление.
5. Самосожжение.
6. Самоубийство с помощью колющих и режущих предметов.
7. Самоубийство с помощью огнестрельного оружия.
8. Самоубийство с помощью электрического тока.
9. Самоубийство с помощью использования движущегося транспорта или движущихся частей механизмов.
10. Самоубийство при падении с высоты.
11. Самоубийство с помощью прекращения приема пищи.
12. Самоубийство переохлаждением.

Следует отметить, что каждый из вышеперечисленных способов самоубийства может быть совершен с помощью различных средств – то, что в судебной медицине называют средством самоубийства. Можно повеситься на веревке, ремне, галстуке – все это будут различные средства одного и того же самоубийства.

В практике судебной медицины чаще встречаются следующие виды суицида:

1. Механическая асфиксия от сдавления (повешение).
2. Острое отравление (лекарственные средства).
3. Острая кровопотеря.
4. Падение с высоты.
5. Огнестрельное повреждение (пулевое ранение).

По количественным показателям выделяют индивидуальное и массовые самоубийства.

Самой распространенной является классификация самоубийств по характеру осуществления. Их разделяют на:

1. Истинный (реальный, рациональный, холодный) суицид. Его целью является лишение себя жизни вследствие потери перспектив, человек действительно не хочет жить и стремится к смерти. Истинный суицид не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествуют сниженное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие, даже самые близкие люди, нередко такого состояния человека не замечают (особенно если откровенно не хотят этого). И своеобразный тест на готовность к истинному суициду – размышления человека о смысле жизни. Для детей это достаточно редкий суицид, и чаще он встречается у взрослых.

2. Демонстративный (демонстративно-шантажный, шантажный, диалогический). Суицид как определенная игра, когда человек до конца уверен в том, что его спасут. Его мотив – не лишение себя жизни, а демонстрация

этого намерения. Цель демонстрации может быть различной: привлечение к себе внимания, получение какой-то выгоды при разрешении конфликта, получение некоего аргумента в споре с окружающими, психологическое давление на родственников. Самоубийство может выступать в виде мести, призыва, избегания (наказания или страдания), самонаказания, отказа от жизни как таковой (существование тяжело и бесперспективно – у одиноких, беспомощных людей). В данном случае человек подсознательно надеется на то, что он выживет, и его поймут. Для осуществления демонстративно-шантажной суицидальной попытки выбираются время, когда кто-то может прийти, и надёжный способ. Обычно самоубийцы даже не находятся в критическом состоянии – в этом случае у суицидента сохраняется надежда, что его спасут. Такие самоубийцы после соответствующих процедур в реанимационном центре довольно быстро выписываются, и им рекомендуют обратиться к психиатру. По данным различных авторов, демонстративные самоубийства составляют около 50 % от общего числа суицидов. Смертельные исходы в данном случае являются следствием роковых случайностей.

3. Суицид как способ уйти от жизненных проблем.

4. Скрытый суицид (косвенное самоубийство). Вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Это удел тех, кто понимает, что самоубийство – не самый достойный путь решения проблемы, но, тем не менее, другого выхода, опять же, найти не может. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение. Это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или профессия, связанная с риском, добровольные поездки в горячие точки, и даже алкогольная или наркотическая зависимость. Безрезультатно убеждать человека в том, что все это опасно для жизни: как правило, именно этой опасности и жаждут скрытые суициденты.

Известный специалист по суицидальному поведению Е. Durkheim (1878) выделил четыре различных типа самоубийств в зависимости от особенностей контактов индивидуума с его социальной средой обитания:

1. «Анемическое» самоубийство, связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями: смерть близкого человека, потеря работоспособности, утрата имущества, несчастная любовь.

2. «Альтруистическое» самоубийство, совершаемое ради блага других людей, общества (чтобы не обременять собой близких, не позорить их в связи с каким-то преступлением или нарушением морали). К этому же типу суицида относятся акты самопожертвования, совершаемые ради каких-либо религиозных или политических идей, а также некоторые примеры суицида в условиях военных действий.

3. «Эгоистическое» самоубийство, связанное с каким-либо конфликтом, неприемлемостью социальных требований, определенных норм поведения, не

соответствующих интересам. Самоубийство здесь является формой «ухода» от неблагоприятной социальной ситуации.

4. «Фаталическое» самоубийство совершается людьми, которые в силу своих личностных особенностей, на определённом этапе жизни не видят дальнейших путей своего развития и воспринимают суицид как естественное завершение своей жизни.

Несколько позже к классификации Е. Durkheim (1897) были добавлены еще три типа самоубийств:

1. «Аффективное» самоубийство. Сопровождается дезорганизацией и сужением сознания. Ему подвержены импульсивные люди, с недостатком самоконтроля, оставшиеся в кризисный момент в одиночестве.

2. «Иммунологическое» самоубийство. Свойственно детям, которые переживают проблемы родителей: развод, болезни, потеря работы. Ребёнок понимает, что может быть лишним, что может помешать счастью матери, и, считая, что его уход может помочь ситуации, совершает попытку самоубийства. Некоторые авторы относят иммунологическое самоубийство к детскому варианту альтруистического самоубийства.

3. «Аномическое» самоубийство. Аномия (от франц. *anomie* – отсутствие закона, организации) – нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, характеризующееся разложением системы ценностей, обусловленным кризисом общества, противоречием между провозглашенными целями и невозможностью их реализации для большинства. Выражается в отчужденности человека от общества, апатии, разочарованности в жизни, преступности. Понятие аномии введено Э. Дюркгеймом, теория аномии разработана Р.К. Мертонем.

Существует классификация по цели суицида и мотиву деятельности:

1. Протест, месть. Протестные формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на объективное звено. Месь – это крайняя форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. Призыв. Смысл суицидального поведения типа «призыва» состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности менее активна.

3. Избежание (наказания, страдания). При суицидах «избежания» суть конфликта состоит в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл суицида заключается в избежании непереносимой личной угрозы путем самоустранения.

4. Самонаказание. «Самонаказание» можно определить как внутриличностный протест; интрапсихический конфликт при своеобразном расщеплении «Я» и сосуществовании двух ролей: «Я судьи» и «Я подсудимого». Смысл суицидов самонаказания имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» («суицид по решению судьи», «решение сверху») и «искупления вины» («суицид подсудимого», «инициатива снизу»).

5. Отказ. Если в предыдущих четырех типах цель суицида и мотив деятельности не совпадали, что давало основания квалифицировать суицидальное поведение как действие, то при суицидах «отказа» обнаружить заметное расхождение цели и мотива не удастся. Иначе говоря, мотивом является отказ от существования, а целью – лишение себя жизни. Представляется перспективной классификация суицидального поведения через анализ суицидальной попытки.

Так, В. А. Тихоненко (1978) принимая во внимание степень желаемости смерти, дополнил теорию суицидальной попытки несколькими связанными видами поведения:

Во-первых, он выделяет демонстративно-шантажное суицидальное поведение, имеющее своей целью демонстрацию намерения умереть.

Во-вторых, автор говорит о самоповреждении или членовредительстве, которые вообще не направляются представлениями о смерти и ограничиваются лишь повреждением того или иного органа.

В-третьих, подобное поведение может быть просто результатом несчастного случая. Таким образом, диагностика суицидального поведения должна основываться на точной оценке степени желаемости смерти.

Например, самопорезы бритвой в области предплечья могут быть отнесены: а) к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери; б) к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью было продемонстрировать окружающим намерение умереть; в) к самоповреждениям, если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль или усилить состояние наркотического опьянения путем кровопотери; г) к несчастным случаям, если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов».

Причины суицида.

Причины самоубийства, как и любых других поступков, могут быть различными. Причина – это все то, что вызывает и обуславливает суицид. Прежде всего, самоубийства связывают с потерей смысла жизни. В. Франкл указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения. Основной причиной суицидальных действий считают социальнопсихологическую дезадаптацию личности. А. Г. Амбрумова и ряд других исследователей расценивают суицидальное поведение как следствие социально–психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта.

Социально-психологическая дезадаптация как несоответствие организма и среды, может проявляться в разной степени и в разных личных формах.

А. Г. Амбрумова различает лимитирующую (непатологическую) и трансформирующую (патологическую) дезадаптацию. Каждая из этих форм может быть парциальной (частичной) и тотальной (всеобщей) (Змонановская Е. В., 2003).

Помимо главной причины суицида, существуют еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности). От причины следует отличать условие и повод. Под условием понимают такой комплекс явлений, который хоть и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития.

Поводом для совершения суицида может быть любое, внешне малозначительное событие. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям (Шнейдман Э., 2001). Причин довольно много.

Основные из них:

1. Неурядицы в личной жизни.
2. Несчастливая любовь.
3. Тотальные неудачи в общении с противоположным полом.
4. Непонимание окружающими, одиночество.
5. Проблемы на работе.
6. Несправедливость по отношению к себе.
7. Целенаправленная травля (в том числе доведение до самоубийства).
8. Физические издевательства (изнасилования, побои).
9. Финансовые проблемы.
10. Потеря смысла жизни.
11. Потеря интереса к жизни, усталость от жизни.
12. Проблемы со здоровьем (эвтаназия в штате Флорида в США также формально является самоубийством, так как, согласно закону, больной должен вводить препарат себе сам).
13. Самоубийство для сохранения чести (сэппуку).
14. Желание начать жизнь заново (для верующих в реинкарнацию).
15. Нереализованность в жизни (творческая, профессиональная).
16. Ощущение счастья, которое самоубийца считает недостижимым в будущем.
17. Психические расстройства.
18. Прием психоактивных веществ.
19. Религиозный фанатизм (обычно распространенный в тоталитарных сектах), ритуальное самоубийство.
20. Идеологические (политические, неприятие ценностей социума в целом).
21. Военные (самоубийство с целью нанесения урона противнику и/или избежание плена).
22. Вынужденное самоубийство (по приговору суда, под угрозой мучительной смерти или расправы с близкими родственниками).

23. Смерть кого-то из родных или друзей.

24. Подражательное самоубийство (после аналогичных смертей известных личностей или литературных персонажей).

А.А. Султанов (1983), изучая причины суицидального поведения у практически здоровых подростков и юношей, выделил три основные группы факторов:

1. Дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний.

2. Конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения.

3. Алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации. Непосредственные причины, толкнувшие человека на отказ от жизни, как правило, тесно связаны с его ближайшим окружением – семьей, родителями, друзьями. Главным звеном в решении этого вопроса является сам человек, от силы его личности зависит, не сдастся ли он под влиянием длительных, травмирующих психику, обстоятельств (Кондрашенко Т.В., Игумнов С. А., 2004).

Одной из важнейших причин суицида является депрессия.

В состоянии депрессии самоубийство воспринимается как избавление от отчаяния, безнадежности, мучительной неудовлетворенности собой, боли (особенно постоянной), неизлечимого или изолирующего от общества заболевания (злокачественные опухоли, СПИД), безрадостной старости, мрачного и безнадежного будущего.

Самоубийство может быть также следствием расстройства мышления при психозе, особенно у больных шизофренией. Они слышат голоса, приказывающие им умереть либо утверждающие, что они недостойны жить. Под воздействием токсических или наркотических веществ больной может выпрыгнуть из окна, будучи уверенным в своей способности ходить по воздуху или летать. Хорошо известны случаи принесения себя в жертву по религиозным, националистическим, политическим мотивам. Иногда такие самоубийства обусловлены нераспознанным психотическим состоянием. Люди, исповедующие восточные религии, могут рассматривать самоубийство как способ возродиться в другой жизни.

Самоубийство может быть актом мести («Вы пожалеете, когда я умру») или отражать стремление воссоединиться с умершим. Добровольный уход из жизни, связанный с невыносимым физическим или эмоциональным страданием либо с неизлечимой болезнью, иногда называют рациональным самоубийством. Согласно Durkheim (1878) – первому исследователю роли социальных факторов в совершении самоубийств, в различных социальных условиях по-разному представлен риск развития суицидального поведения.

Увеличение количества самоубийств отражает неблагополучие общества.

Seyer (1983) выделяет четыре основные причины самоубийств:

1. Изоляция – чувство, что тобой никто не интересуется и не понимает.
2. Беспомощность – когда человек ощущает, что его жизнь находится вне его контроля. Это чувство особенно характерно для лиц молодого возраста, ощущающих, что другие все делают за них и от них самих ничего не зависит.
3. Безднадежность – когда будущее ничего хорошего не предвещает.
4. Чувство собственной незначимости – когда человек оценивает себя низко, чувствует себя некомпетентным или стыдится себя.

9. Продолжительность занятий – 90 минут

10. Этапы планирования занятия

1 этап. Проверка исходного уровня знаний студентов проводится в форме письменного ответа на конкретные вопросы по теме.

2 этап. Разбор техники психоанализа, теоретических основ психодинамических направлений в психотерапии. Устный опрос, ответы на вопросы самоконтроля (домашняя работа).

3 этап. Работа ординаторов в малых группах (2-3 больных). Преподаватель поочередно в группах проверяет практические навыки, оценивает и корректирует работу ординаторов.

4 этап. Тренировка навыков техники психоанализа на примере конкретного случая с участием всей группы. Обсуждение вопросов лечения и профилактики.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью тестов второго уровня. В заключении занятия выставляется оценка, дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

11. Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – единство психики и тела человека, современные взгляды на духовную составляющую личности человека и его адаптацию в обществе.

2. Современные взгляды на психодинамические теории механизмов формирования невротических, психосоматических и личностных расстройств.

3. Основные этапы психоанализа.

4. Тренировка навыков техники психоанализа

12. Оснащение.

1. Демонстрационные материалы, включенные в обучающую программу (слайды, таблицы, видеофильмы).

2. Ситуационные задачи и эталоны ответов к ним.

3. Тесты и ситуационные задачи для оценки конечного уровня знаний.

4. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.

13. Литература

1. Амбрумова, А.Г., Диагностика суицидального поведения [Текст]/ А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. – М., 2012.
2. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – М.: Издательство Московского социального института. – 2012. – 512 с.
3. Зотов, М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция [Текст] / М.В. Зотов. – Санкт-Петербург, 2013. – 315 с.
4. Лапицкий, М.А., Ваулин, С.В. Суицидальное поведение. – Смоленск, СГМА МЗ РФ, – 2012. – 156 с.
5. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения. – Киев, 2014. – 32 с.