

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР**

---

**МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПСИХИАТРИИ МЗ РСФСР**

**КУПИРОВАНИЕ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ  
В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО  
СТАЦИОНАРА**

Методические рекомендации  
(с правом переиздания местными органами здравоохранения)

**МОСКВА 1986 г.**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР  
МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПСИХИАТРИИ МЗ РСФСР

«Согласовано»  
Зам. начальника Главного  
управления научно-  
исследовательских  
институтов и координации  
научных исследований  
В. М. Христюк  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 1986 г.

«Утверждаю»  
Заместитель министра  
Г. В. Сергеев.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 1986 г.

КУПИРОВАНИЕ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ  
В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО  
СТАЦИОНАРА

Методические рекомендации  
(с правом переиздания местными органами здравоохранения)

Методические рекомендации составлены в Московском научно-исследовательском институте психиатрии МЗ РСФСР (директор-профессор В.В. Ковалев) сотрудниками Всесоюзного научно-методического суицидологического центра кандидатами медицинских наук А.Б. Ордянской, А.М. Понизовским, Г.А. Скибиной, а также Л.Л. Бергельсон, М.З. Дукаревич, Г.В. Старшенбаумом под научным руководством заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, профессора А.Г. Амбрумовой.

## **Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара (методические рекомендации)**

Успешность профилактики суицидального поведения практически здоровых (в психическом отношении) лиц во многом зависит от правильности и своевременности распознавания и адекватности мер купирования суицидоопасных состояний.

При всем разнообразии вызывающих факторов и личностных predisпозиций суицидоопасные состояния, протекающие на психологическом уровне, можно объединить общим понятием психологический кризис, что позволяет выделить и описать наиболее общие элементы структуры этих состояний, механизмы и условия формирования, установить закономерности их развития и исхода.

По существующему определению, психологический кризис вызывается столкновением личности с непреодолимым в данное время препятствием на пути достижения ее важнейших жизненных целей, ведущим к нарушению адаптации в социальной среде. На уровне феноменологии кризис определяется как острое эмоциональное состояние, характеризующееся психическим напряжением, тревогой, нарушением познавательной и поведенческой активности.

Важнейшими структурными компонентами психологического кризиса являются: 1) вызывающие события; 2) фрустрированная потребность; 3) дефицит необходимой для решения проблемы информации (представление о безвыходности ситуации), рассмотрение которых входит в задачу настоящего раздела работы.

Вызывающим событием называется такое дезадаптирующее изменение в социальной среде, которое ведет к изменению экспектаций (ожиданий) индивида в отношении себя и окружающих лиц. К этим изменениям относятся различные виды ситуаций, которые воспринимаются и оцениваются субъектом как утрата, т. е. депривация личностной сферы. Следовательно при рассмотрении понятия «вызывающее событие», составляющее утрату, следует учитывать личностный смысл или коннотативное значение событий; то что представляет болезненную утрату для одного индивида, может казаться вполне

ординарным и естественным для другого. Оценить идиосинкратическую природу (т.е. повышенную чувствительность), специфическую predisposition кризисного индивида помогает представление о личностной сфере или иерархии личностных смыслов. Личностная сфера включает: концепцию себя, значимых лиц, ценные для личности объекты, атрибуты и отношения; идеальные ценности, например; принципы свободы, справедливости, нравственные нормы и т.п. В результате жизненного опыта, ожиданий и значащих переживаний личностная сфера развивается, становится более дифференцированной. Закономерно, что чем более обширна и дифференцирована личностная сфера, тем выше ее чувствительность к разнообразным стрессовым агентам, способным вызвать переживание утраты.

Возможные разновидности утрат можно категоризировать следующим образом: 1) актуальная утрата значимого объекта, рассматриваемого индивидом как источник удовлетворения или имеющего ценность по другим основаниям; 2) необъектная утрата, вызванная снижением самооценки или самоуважения, вследствие оскорбления, унижения другими; 3) инверсия оценки ценного ранее компонента личностной сферы, который теперь оценивается негативно; 4) разочарование или неоправдавшееся ожидание, т.е. диссоциация между ожиданиями и действительностью; 5) ожидаемая или предвидимая утрата, которая воспринимается и оценивается индивидом как актуально произошедшая; 6) гипотетическая или потенциальная утрата; 7) псевдоутрата — инвертированная оценка события, наносящего «мнимый» ущерб личностной сфере.

Многообразие деприваций личностной сферы, создающих переживание утраты, отражается на эмоциональном компоненте кризисного состояния, на его индивидуальной аффективной окрашенности. Переживание актуальной, реально произошедшей утраты, влечет за собой возникновение эмоций горя, печали. Угроза утраты, ожидание возможной утраты в будущем порождает эмоции тревожного спектра, поддерживающиеся тягостным ощущением неопределенности ситуации. Защитная эмоция обиды или гнева возникает в тех случаях, когда индивид сосредотачивает внимание не на угрожающей ему опасности, а на личности «обидчика», воспринимая конфликтную ситуацию с этой позиции.

Переживание утраты фрустрирует — нарушает особо значимую потребность личности, обеспечивающую ее самореализацию. При этом препятствие, в чем бы оно не заключалось событийно (реальная угроза утраты объекта привязанности, особенность личностной структуры индивида и т. п.), интрапсихически выступает как тенденция личности, про-

тиводействующая потребности и сравнимая с ней по силе, образуя вместе с данной потребностью внутриличностный конфликт. Первоначально конфликт возникает в какой-либо одной сфере деятельности, но затем распространяется и на другие, а в крайнем своем выражении — на все стороны психической деятельности субъекта. Указанная генерализация первичного конфликта является необходимым условием возникновения психологического кризиса.

Третьим существенным элементом психологического кризиса является дефицит информации, необходимой для решения проблемы, и создающий представление о неразрешимости конфликта, безвыходности ситуации. Дефицит информации может иметь объективный или субъективный характер; в первом случае он обусловлен особой сложностью подлежащей разрешению проблемы, ее неожиданностью и новизной, что исключает возможность использования прошлого опыта. Во втором — он связан с особенностями психической деятельности субъекта, такими характеристиками его когнитивных (познавательных) структур, как функциональная фиксация (снижение активности мышления, его стереотипность) вследствие «связанности» мышления прошлым опытом), избирательностью) памяти с акцентом на негативные аспекты прошлого опыта и др.

Психологический кризис является функцией взаимодействия вызывающего события и специфической личностной уязвимости, находящихся в отношениях взаимодополнительности. Личностная предрасположенность (предиспозиция) заключается в наличии у субъекта индиосинкратических структур, в число которых входят особенности эмоциональной реактивности, характеристики самооценки и самопрятия, система ценностей, структура социализации и интерперсональных контактов. Следует также учитывать специфику когнитивной организации, ответственной за восприятие ситуации (вызывающего события) в неадаптивной манере, формирующей негативные концепции ситуации и будущего. Выделено несколько таких особенностей: а) произвольность выводов — формирование их в отсутствие достаточных фактических данных; б) избирательная абстракция, т.е. процесс, концептуализирующий целостное восприятие на основе какого-либо одного элемента, вырванного из контекста, и игнорирующий другие признаки ситуации; в) сверхгенерализация — формирование обобщающего вывода на основе единичного случая; г) «максимизация-минимизация» — механизм приписывания ситуации или ее аспектам неадекватно преувеличенного или преуменьшенного значения.

Таким образом, для диагностики и дальнейшего купирования кризисного состояния необходимо учитывать весь комплекс условий и механизмов его возникновения и развития.

В типичных случаях продолжительность течения психологического кризиса ограничивается сроком от одной до шести недель, за время которого индивид находит средства разрешения своих проблем самостоятельно либо с помощью своего окружения. Благоприятный исход психологического кризиса способствует повышению адаптационного уровня индивида, включая способность противостоять кризисам в будущем. Негативный исход кризисного состояния нередко ведет к суицидальному поведению.

\* \*  
\*

Основной задачей кризисного вмешательства является купирование данного кризиса путем оптимальных, т. е. наиболее адаптивных для личности способов разрешения ситуации. Успешное решение этой задачи зависит от правильно разработанных программ и организационных мероприятий кризисного вмешательства, опирающихся на два общих принципа. Первый принцип — неотложность вмешательства — предусматривает быстроту ориентации в сути вызвавшей кризис проблемы, активный и интенсивный характер помощи. Второй принцип — комплексность — означает и комплексность собственно терапевтических мер, и объединение усилий различных специалистов (психиатров, психологов, психотерапевтов, социологов, юристов), направленных на реадaptацию пациентов, ликвидацию и профилактику микросоциальных конфликтов. Таким образом, каждый отдельный случай психологического кризиса становится объектом многостороннего изучения и воздействия. В конечном итоге, эффективность тактики ведения лиц, находящихся в ситуации психологического кризиса, зависит от того, насколько обеспечено взаимодействие составных частей этого комплексного влияния.

Общими признаками кризисных состояний являются переживания безвыходности, безнадежности, утраты перспективы и смысла жизни, пессимистические установки вплоть до тенденции к самоубийству. Невозможность выбора альтернативного решения, направленного на преодоление конфликта, актуализирует представление о суициде как единственном способе разрешения ситуации.

Таким образом, существенным моментом диагностики кризисного состояния является определение суицидального риска, т. е. вероятности совершения попытки самоубийства.

Индивидуальные факторы суицидального риска включает в себя личностные, позиционные, статусные и интенционные признаки. Наибольшей прогностической ценностью отличаются интенционные факторы, или факторы суицидального намерения, включающиеся на этапе личностной переработки конфликтной ситуации. Активность суицидальных тенденций определяется соотношением в их структуре суицидальных представлений и суицидальных переживаний. Выраженность представлений связана со степенью разработанности плана суицида; глубина суицидальных переживаний определяется изменением эмоциональных отношений к жизни и смерти. При совместном развитии суицидальных представлений и переживаний побудительная сила суицидальных тенденций резко возрастает: при изолированном существовании суицидальных представлений развитие последних ограничивается вербальным поведением. Интенционные факторы являются производными от личностных структур и на феноменологическом уровне отражают психологические механизмы суицидального поведения.

В кризисном стационаре, применяется методика определения интенционных факторов суицидального риска, как наиболее специфичных для суицида в силу своей «близости» к открытому поведению. Методика использует выборочные таблицы тематического апперцепционного теста (ТАТ), которые актуализируют представление о суициде, как о способе разрешения конфликтной ситуации, и семантический дифференциал, выявляющий личностные смыслы (коннотативные значения) понятий «жизнь» и «смерть». Суицидальный риск определяется по сочетанию актуальности представлений о суициде и инверсии отношений к жизни и смерти тотального или парциального характера, а также относительной дистанции между значениями данных понятий, влияние которой обратно пропорционально степени риска.

Типичные особенности клиники кризисных состояний, учет которых необходим для определения тактики ведения суицидентов, следующие: 1) конституционально-личностный и невротический уровни расстройств; 2) наличие аффективных нарушений с преобладанием различной степени выраженности аффектов депрессивного регистра и высоким уровнем аффекта тревоги; 3) потеря прежнего модуса поведения, невозможность разрешения ситуации с помощью адекватных защитных механизмов; 4) соматический дискомфорт с вазо-вегетативными проявлениями.

В качестве диагностических признаков наиболее информативными являются характер и степень выраженности аффективных нарушений, в частности, преобладание гаммы



различных дистимических расстройств, наличие аффекта тревоги и, особенно, их сочетания. Конкретное оформление кризисных состояний определяется как ситуационными переменными, так и спецификой predisposition личности. Кризисные состояния выражаются разнообразными ситуационными реакциями на некаталогическом и патологическом уровнях, реже — реактивными состояниями.

Психологический кризис у психически здоровых людей приводит к ситуационным реакциям на непатологическом уровне. Во всех непатологических ситуационных реакциях их суици-доопасность определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования будущего (т. е. степень их безнадежности). Ситуационные реакции дают практически здоровые люди, которые обладают более широким диапазоном реагирования по сравнению с патологическими и резко акцентуированными типами личности. Можно указать на ряд личностных параметров, которые существенно влияют на формирование определенных ситуационных реакций. Это динамические и энергетические условия протекания эмоциональных процессов (уровень их лабильности или торпидности, стеничность или астеничность), а также степени интеллектуального контроля и характеристики коммуникативной сферы данной личности. В случае подвижности психических процессов продолжительность ситуационной реакции невелика (не более нескольких дней), при торпидности, как постоянном свойстве психики, возникающая в стрессовой ситуации реакция оказывается устойчивой, длительной (продолжительностью в среднем до трех месяцев). Другой же фактор — астенизация или активность — регулирует интенсивность ситуационной реакции. Активная психика включает имеющуюся у индивида систему личностной психологической защиты, в результате чего защитные механизмы оказываются эффективными и на том же уровне корректируют поведение индивида, т. е. делают личность более адаптивной, что, в свою очередь, влечет за собой снижение интенсивности отрицательной гаммы эмоций, возникающих при ситуационной реакции. Астенизация провоцирует углубление отрицательных переживаний, увеличивая длительность стрессовой ситуационной реакции. Все ситуационные реакции характеризуются наличием переживаний дистимической окраски. Наиболее устойчиво выявляется состояние депрессивности, привычные адаптационные стереотипы поведения из реальной практической деятельности не исчезают, но их эффективность снижается. По своей феноменологии и динамике ситуационные реакции подразделяются на шесть типов: 1) реакция эмоционального дисбаланса; 2) пессимистическая ситуационная реакция; 3) реакция отрицательного

баланса; 4) реакция демобилизации; 5) реакция оппозиции и 6) реакция дезорганизации (А. Г. Амбрумова, 1983).

Реакции эмоционального дисбаланса характеризуются отчетливым превалированием гаммы дистимических изменений с ощущением дискомфорта и нерезким повышением уровня тревожности. При этом отрицательно, эмоционально окрашенные раздражители преобладают над положительно окрашенными, длительность последствий и устойчивость отрицательных стимулов больше, чем положительных, что повышает готовность к восприятию и переработке сигналов опасности. Помимо этого, реакция эмоционального дисбаланса характеризуется сокращением контактов, которые принимают более поверхностный и отчасти формальный характер.

При пессимистических ситуационных реакциях выражены соответствующие изменения мироощущения, мировосприятия, суждений и оценок, видоизменения системы ценностей, которые приводят к формированию негативных концепций ситуации, оценивающейся как реально или потенциально неблагоприятная. Такое восприятие вызывает стойкое снижение уровня оптимизма и препятствует продуктивному планированию деятельности в будущем. Вторично снижается самооценка, возникает ощущение недостаточности собственных возможностей. Такая реакция чревата внезапным и быстро реализующимся суицидальным решением.

Содержанием реакций отрицательного баланса является рациональное «подведение жизненных итогов», определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов дальнейшей жизни. При наличии преимущественно внутренних конфликтов, объективно неразрешимых, и ограничений адаптационной деятельности, обнаруживающих явную тенденцию к необратимому усилению в будущем, в сознании личности выводится «отрицательный жизненный баланс» и принимается суицидальное решение. Подобные реакции наблюдаются, например, у лиц, с неизлечимыми соматическими заболеваниями (рак), знающих о неизбежности неблагоприятного исхода, у одиноких лиц позднего возраста, критически оценивающих свое прогрессирующее физическое одряхление и нарастающую несостоятельность во всех сферах деятельности. «Подведение баланса» предполагает высокий уровень критичности, четкость и реалистичность суждений, сохранность личностного ядра.

Ситуационные реакции демобилизации отличаются наиболее резкими по сравнению с другими типами ситуационных реакций изменениями в сфере контактов: отказом от привычных контактов или их значительным ограничением, что вызывает устойчивые переживания одно-

чества, беспомощности, безнадежности. Наблюдается также частичный отказ от деятельности, причем ее продуктивность падает и не удовлетворяет самого субъекта, усугубляя душевный дискомфорт, переживания отверженности и изоляции.

Ситуационная реакция оппозиции характерна своей выражением экстрapunитивной позицией личности, повышающей степень агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Вероятен переход гетероагрессивных тенденций в аутоагрессию.

Ситуационная реакция дезорганизации содержит в своей основе тревожный компонент. Вследствие этого при ней наблюдается в наиболее выраженном виде соматовегетативные проявления (сосудисто-вегетативные кризы, нарушения сна и т. д.). Реакция дезорганизации снимает полностью интеллектуальный контроль, дезорганизует конструктивное планирование.

Ситуационные реакции непатологического уровня в ситуациях кризиса возникают у лиц адаптационно-социализированного типа: интегрированного, компенсаторно-адаптированного, дискордантно-адаптированного, ригидно-конформного, ограниченно-комформного и типа социально-ведомых (А. Г. Амбрумова, 1981).

Из класса преคลินิกеских ситуационных кризисных реакций чаще всего наблюдаются реакции психалгии, эгоцентрического переключения и переживания негативных интерперсональных отношений, которые обычно наблюдаются у лиц с различными акцентуациями характера (А.Г. Амбрумова. 1978).

Реактивные состояния выступают чаще всего в форме реактивных депрессий, а иногда в виде острых аффективных реакций. В зависимости от ведущей модальности аффекта представляется возможным выделение трех разновидностей реактивных депрессий а) с переживаниями обиды; б) с переживаниями вины; в) с астеническими и анэргическими компонентами. Эти депрессии существенно отличаются друг от друга по содержанию психогений, по особенностям динамики и параметрам суицидоопасности.

Депрессивные состояния с преобладанием обиды возникают остро в ответ на интерперсональные конфликты. Если в начале развития таких депрессий пациенты проявляют активность в поисках сочувствия и помощи извне, то в дальнейшем эта активность заметно редуцируется и на фоне нарастающего ограничения контактов, обычно через три — четыре недели, появляются суицидальные тенденции.

Депрессии с переживаниями вины обуславливаются интерперсональными конфликтами, чаще развиваются подостро, но при этом уже в инициальных стадиях отличаются ограничением сферы контактов, отсутствием поисков помощи и быстрым формированием суицидальных тенденций.

Депрессии с астеническими и анэргическими компонентами носят обычно затяжной характер, который приобретается в итоге определенного развития под влиянием дополнительной психотравматизации, действующей на фоне тяжелой первичной неразрешенной психотравмирующей ситуации. В этих случаях на первый план обычно выступают симптомы истощения, сужение контактов, пессимистическая жизненная позиция. На заключительном этапе на фоне углубляющейся астении и адинамии вновь, как и на первом этапе, появляются суицидальные тенденции.

Ситуационные патологические реакции с известной долей условности можно свести к пяти основным типам: 1) реакции аффективного круга (тревожные, дистимические, депрессивные, дисфорические); 2) реакции истерического круга; 3) ипохондрические реакции; 4) обсессивно-фобические; 5) астено-апатические. Перечисленные патологические реакции возникают в ответ на те же психотравмы, которые были названы при описании реактивных депрессий, но отличаются меньшей продолжительностью и степенью выраженности расстройств.

У лиц с пограничными расстройствами и эндогенных больных имеют место все типы патологических ситуационных реакций. Характер ответа на психогенное воздействие в этих случаях во многом определяется структурой патологического радикала личности, что находит свое выражение в клиническом разнообразии этих реакций.

Реакции аффективного и истерического круга возникают, как правило, в ситуациях острых интерперсональных конфликтов и выражают личностный смысл протеста, активного неприятия сложившихся обстоятельств либо призыва о помощи со стороны окружающих. Соответственно различаются и модальности аффекта (гнев или обида), экспрессивные, вербальные проявления и адресованность поведенческих реакций. Суицидальные тенденции возникают остро на фоне аффективного напряжения, быстро реализуются без предварительного выбора средств, но столь же быстро и редуцируются после произведенной попытки. Довольно часто наблюдаются суицидальные попытки демонстративно-шантажного характера с целью давления на окружающих.

Ипохондрические и обсессивно-фобические реакции с приблизительно равной частотой возникают как в ситуациях внешних, так и внутренних конфликтов, имеющих не только

острый, но и протрагированный характер. Суицидальные тенденции развиваются подостро, а после реализации покушения на самоубийство могут сохраниться в пределах 2—3 недель.

Астенические и астено-апатические реакции возникают чаще при внутриличностных конфликтах, нередко имеющих длительное развитие. При этом наблюдается пассивная позиция личности с тенденцией к изоляции. Суицидоопасность нарастает пропорционально длительности и выраженности этих реакций, пресуицидальный период обычно при этом растянут до месяца и более. Покушение на самоубийство носит чаще истинный, серьезный характер с высокой вероятностью летального исхода, в постсуициде долго сохраняется повышенный суицидальный риск.

В комплексе терапевтических средств, направленных на купирование состояний, во всех случаях ведущими являются методы психотерапевтического воздействия сравнительно с медикаментозной терапией. Однако, во многих случаях, для быстрого купирования острого аффективного напряжения, блокады активных суицидальных тенденций целесообразно одновременное применение адекватного психотерапевтического метода с препаратами психотропного действия. Наиболее эффективными в этом отношении препаратами являются транквилизаторы-седатики и антидепрессанты-анксиолитики, назначаемые в ряде случаев в первые дни пребывания в стационаре парентерально. При дезорганизации поведения целесообразно также применение нейролептиков тормозного действия (тизерцин, хлорпроксен, соннапакс в средних дозах). Обычно через несколько дней по снятии остроты состояния пациент переводится на пероральный прием препаратов. В дальнейшем предпочтительными остаются сочетания малых и средних доз антидепрессантов с транквилизаторами седативного или активирующего действия. При выборе конкретных препаратов следует учитывать спектр их психофармакологической активности, соотнося его с особенностями кризисного состояния.

Особую осторожность следует соблюдать при назначении антидепрессантов со стимулирующим эффектом (мелипрамин) и психостимуляторов (сиднокарб), в связи с тем, что в структуре кризисных состояний всегда присутствуют элементы тревоги, усиливающиеся под воздействием данных препаратов и активизирующих суицидальные тенденции.

Широкое применение в практике купирования кризисных состояний должны находить также препараты общебиологического действия (ноотропил, аминалон, энцефабол и др.), а также вегетотропные средства, направленные на нормализа-

цию соматовегетативных проявлений (анаприлин, беллоид, витамины).

Переходя к описанию психотерапевтических приемов, применяемых для купирования кризисных состояний, необходимо отметить ряд общих установок кризисного вмешательства. Во-первых, во всех случаях психологического кризиса вмешательство начинается с оказания эмоциональной поддержки пациенту, под которой понимается установление эмпатического, неформального контакта, ослабляющего психическую напряженность, тревогу, растерянность. В результате указанной поддержки у пациента возникает чувство, что его ситуация не является безвыходной, что конфликт или проблема могут быть разрешены, что компетентные специалисты готовы оказать ему необходимую помощь. В этом плане следует подчеркнуть важность и особую роль первичного психотерапевтического контакта с пациентом.

Во-вторых, весьма важно создать у пациента установку на активную позицию в преодолении кризиса. Все виды применяемой помощи должны быть ориентированы на мобилизацию собственных психологических резервов пациента. С помощью специалистов пациент должен локализовать главную проблему, выделить ее из многих сопутствующих жизненных трудностей и неудач, осознать желательный для него исход кризисной ситуации и адекватные средства для достижения этого результата. В итоге кризисного вмешательства пациент должен чувствовать, что он самостоятельно решил свои проблемы, а не получил готовые «рецепты» поведения от специалистов; только в этом случае психотерапевтическая помощь не будет ограничена выведением пациента из данного кризиса, а усилит адаптационные возможности личности, послужит профилактике кризисных состояний в будущем. Таким образом, психотерапия кризисных состояний должна носить недирективный характер.

В практике кризисного стационара используются следующие виды психотерапевтической помощи: индивидуальные методы — рациональная, когнитивная, гипноуггестивная психотерапия и коллективные — группы, семейная психотерапия аутогенная тренировка, арттерапия, групповые дискуссии, вечера клубного характера.

Элементы рациональной психотерапии, имеющие место в каждом контакте с пациентом, основаны на принципах логического анализа состояния, разъяснения его природы, причин, симптоматики, течения, прогноза. Этот неспецифический вид терапии устраняет неопределенность понятий и представлений пациента, способствует уменьшению характерных для

психологического кризиса элементов психического напряжения и тревоги.

Когнитивная терапия направлена на коррекцию процессов восприятия, переработки и актуализации информации пациентом в ситуации кризиса. Различные применяющиеся приемы основаны на положении о том, что поведение человека детерминировано его знаниями. Следовательно, для модификации поведения пациента в оптимальном для него направлении необходимо воздействовать на интерпретативные механизмы мышления, способы актуализации и сохранения данных памяти и т.д. Лицо, находящееся в кризисном состоянии, фиксировано на фрустрации и своей эмоциональной реакции на нее; опосредующее звено — интерпретация действительности, порождающая когнитивную установку, не привлекает внимания пациента и остается нераспознанной. Соответственно, основной этап кризисной терапии состоит в экспликации (вычлениении) и распознавании негативных концепций. Поскольку пациент в ситуации кризиса воспринимает свои концепции как факт реальности и не подвергают их проверке и логическому обоснованию, другим важным этапом терапии является проверка объективности этих концепций, соответствие их действительности.

С помощью специально подобранных приемов удается модифицировать неадаптивные шаблоны когнитивной организации, изменить такие характеристики негативных установок, как их произвольность, автоматичность, «замкнутость». В ходе терапии данные негативные концепции становятся менее ригидными, более доступными для изменений под воздействием поступающей информации. Принципиально возможно обучить пациента «нюансированному» мышлению, сглаживающему полярность наиболее дихотомических концепций, функционирующих по принципу «все или ничего»; воздействовать на селективность, избирательность его памяти, актуализируя воспроизведение положительных аспектов прошлого опыта, противоречащих негативным установкам; снизить эгоцентричность мышления, заставляющую видеть причины событий в особенностях своей личности.

Таким образом, устраняя одно из звеньев в цепи психологических реакций кризиса, удастся купировать и другие нарушения (мотивационные и поведенческие).

Следует различать когнитивную терапию, направленную на непосредственное купирование данного кризисного состояния, и долговременную, ориентированную на радикальную модификацию глубинных установок, лежащих в основе когнитивной организации индивида, с целью профилактики кризисных состояний в будущем.

Степень эффективности когнитивной терапии кризисных состояний зависит от присущих личности пациента тенденций к идеаторной переработке ситуации, самоанализу и рефлексии, и не обнаруживает зависимости от общего уровня интеллекта. Относительно резистентным к данному виду терапии оказываются пациенты с доминирующими механизмами психологической защиты по типу вытеснения, с меньшей включенностью сознания в эмоциональные процессы.

Опыт применения когнитивной терапии в кризисном стационаре показал, что она является эффективным и специфичным средством купирования кризисных состояний и в качестве такового может быть рекомендована для профилактики суицидального поведения наряду с другими мерами превенции.

В некоторых случаях кризисных состояний у пациентов, резистентных к рационально-разъяснительной и когнитивной терапии, успех может быть достигнут с помощью гипноуггестивного метода. В этих случаях поведение пациентов в значительно большей степени определяется эмоциональными импульсами, нежели рациональными установками, соображениями здравого смысла и реальности. Речь идет о кризисном состоянии, причиной которого является специфический внутриличностный конфликт между неосознаваемой психологической зависимостью от объекта эмоциональной привязанности и осознанной потребностью в освобождении от зависимых отношений. Описываемый амбивалентный конфликт возникает, как правило, у пациентов женского пола в ситуациях ухода из семьи мужа, оставления любовником или его нежелания изменить характер отношений, препятствующих достижению пациентками матримониального-семейного статуса. Поскольку тенденции данного конфликта располагаются на разных уровнях (одна на уровне сознания, другая – на подсознательном уровне) и имеет примерно равную силу, задачи терапии сводятся: 1) к выведению их на один уровень осознанности; 2) ослаблению зависимости от объекта привязанности и 3) активации и поддержке сознательной установки на разрыв зависимых отношений.

Применение гипноза в этих случаях представляется адекватным по следующим основаниям: 1) гипноз устраняет контроль сознания над поведением; 2) гипноз выступает как резервная форма психического реагирования, потенциальная готовность максимальной мобилизации психических ресурсов и 3) в гипнозе значительно повышается восприимчивость психики и переработка информации с последующей реализацией ее в поведении. Механизм эффекта данного метода терапии сводится к устранению конфликта путем ослабления тенденции к эмоциональной привязанности, которая подавля-



ется возросшей сознательной тенденцией к освобождению от зависимых отношений. Данный вид психотерапии при наличии нескольких пациентов, кризисное состояние которых обусловлено амбивалентным конфликтом зависимых отношений, может проводиться в групповой форме.

Из коллективных методов психотерапии, проводимых в условиях кризисного стационара, особо следует отметить группы социально-психологического тренинга, под которым понимаются своеобразные формы обучения знаниями и отдельным навыкам в коммуникативной сфере, а также формы соответствующей их коррекции. Все множество форм социально-психологического тренинга можно подразделить на два больших класса: а) ориентированные на развитие специальных умений, например, умение вести дискуссию, разрешать интерперсональные конфликты и б) нацеленные на углубление опыта анализа ситуации общения, т. е. повышение адекватности анализа собственной личности, партнера по общению, групповой ситуации в целом. Разнообразные методы социально-психологического тренинга сводятся, по существу, к двум обширным, частично пересекающимся областям — групповым дискуссиям и играм. Первый из названных методов используется в основном в форме анализа конкретных кризисных ситуаций и группового самоанализа с элементами аксиопсихотерапии, под которой понимается целенаправленное изменение иерархии личностных смыслов (ценностей); среди игровых методов предпочтение отдается методам ролевых игр с включением элементов арттерапии, музыкотерапии.

Используя динамику отношений, возникающих между членами терапевтической группы, удается ослабить чувство уникальности собственных переживаний, повысить сочувствие другим пациентам. В ходе групповой терапии создаются благоприятные условия для отреагирования (катарсиса) аффектов, реактивной печали («горя»), обиды, эмоций агрессивного спектра или, по крайней мере, появляется возможность переключения с анализа и фиксации печальных переживаний на отвлекающую деятельность, хотя бы временно игнорировать болезненные переживания. В результате терапии изменяются когнитивные установки пациентов, например, установка самоотвержения меняется на установку самоприятия. Поощрение к выражению агрессивности помогает пациентам преодолеть неуверенность в себе, т. к. стеничные эмоции гнева в норме свидетельствуют о силе и превосходстве. Вовлечение в совместную деятельность, каковой и является по существу групповая психотерапия, способствует возрастанию активности и спонтанности поведения, его направленности на преодоление ситуаций безвы-

ходности и безнадежности, стимулирует поиск адекватных средств разрешения проблемы.

В конечном итоге групповая терапия по типу социально-психологического тренинга достигает своей главной цели — обеспечения личности самоактуализации и самореализации, депривация которых является постоянным и кардинальным условием психологического кризиса.

Включение в группы социально-психологического тренинга пациентов в ситуации кризиса показано при уменьшении острого аффективного напряжения и дезактуализации суицидальных тенденций. Особенно показан данный вид терапии пациентам с ригидными поведенческими стереотипами, характерными для личностей инфантильного склада, различными видами акцентуаций, с высоким невротическим потенциалом.

Оптимальное количество членов психотерапевтической группы обычно не превышает 8—10 человек обоего пола. Группы являются открытыми — их состав постоянно пополняется вновь поступившими пациентами. Занятия проводятся 5 раз в неделю по 1,5—2 часа, курс стационарной терапии рассчитан на 3—4 недели. После выписки из стационара пациенты имеют возможность один раз в неделю посещать амбулаторно специально созданную группу поддерживающей терапии для упрочения приобретенных навыков адаптации.

Разновидностью групповой терапии, применяемой в стационаре, является семейная терапия, которая проводится в случаях, когда причиной психологического кризиса послужил семейный конфликт. Семейная терапия основана на принципах когнитивной терапии, ее целью является осознание членами семьи своих неадаптивных установок с последующей их коррекцией. Указанная цель достигается в процессе совместного рассмотрения психотерапевтом и всеми членами семьи неадаптивных личностных позиций участников семейного конфликта и поиска оптимальных способов его разрешения.

Широкое применение в системе психотерапевтических воздействий находит метод аутогенной тренировки, ориентированный на коррекцию и активацию личности и расширение резервов ее адаптации. Применяемая в кризисном стационаре методика аутотренинга модифицирована в связи со спецификой купируемых состояний: основной ее особенностью является сочетание ближайших и отдаленных целей терапии. Ближайшая цель — ускорение выхода пациента из кризисного состояния, купирование сопутствующих аффективных и вегетативных расстройств, создание базы для дальнейшей психотерапевтической работы. Более отдаленная цель — научить пациентов навыкам саморегуляции в эмоцио-

нальной и мотивационно-поведенческой сферах в стрессовых ситуациях в будущем.

В кризисном стационаре занятия аутогенной тренировкой охватывают практически всех пациентов и не имеют особых противопоказаний, за исключением негативных установок к данному виду терапии. Курс аутотренинга рассчитан на 3—4 недели. Занятия проводятся ежедневно по часу. Оптимальный состав группы — не более 15 человек. Каждое занятие строится по одному и тому же плану, который включает в себя элементы длительной терапии, дыхательные упражнения и мимические маски, беседу-обсуждение успехов и неудач самостоятельных занятий. Затем проводится гетеротренинг, направленный на образную регуляцию эмоций и поведения. Особый акцент делается на повышении самооценки и уверенности в себе, ощущении полной внутренней свободы и раскованности, отреагировании агрессивных тенденций, повышении уровня оптимизма, усилении контроля над поведением. Для поддержания приобретенных навыков аутогенной тренировки проводятся консультативные занятия в вечернее время.

Выписанные из стационара пациенты могут при необходимости посещать клуб бывших пациентов, работающих в стационаре 1 раз в месяц по выходным дням. В работе клуба участвуют также пациенты, находящиеся в стационаре, что способствует созданию жизненной перспективы, формированию психотерапевтической среды, наличие которой в кризисном стационаре с режимом открытых дверей особенно важно для профилактики внутрибольничных суицидов.

В общем комплексе мероприятия по ликвидации кризисных ситуаций существенную роль играет социо-терапевтические вмешательства. Пациенты получают консультации у социолога и юриста, которые активно включаются в урегулирование сложных конфликтных ситуаций в быту и на производстве. Проводится работа по нейтрализации психотравмирующих факторов, осуществляется помощь в решении правовых вопросов, мобилизуется поддержка пациента из сферы его ближайшего окружения. В частности, устанавливаются контакты между одинокими лицами, впоследствии нередко переходящие в прочные дружеские отношения.

\* \*

\*

В заключение необходимо остановиться на вопросах организации кризисного стационара.

Кризисный стационар является одним из подразделений городской превентивной суицидологической службы,

состоящей из функционально взаимосвязанных между собой звеньев и включающей, помимо стационара, кабинеты социально-психологической помощи (КСПП) и Телефон Доверия. Существующая структура суицидологической службы полностью отвечает главным принципам кризисного вмешательства (неотложности и активности помощи, ее общедоступности, максимальной приближенности к населению) и является эффективной организационной формой помощи лицам в ситуации кризиса.

Работа превентивной городской суицидологической службы координируется Всесоюзным научно-методическим суицидологическим центром.

Кризисный стационар предназначен для краткосрочной (две — четыре недели) неотложной помощи людям, находящимся в состоянии психологического кризиса с повышенным риском возникновения суицидальных тенденций или совершившим суицидальные попытки.

Стационар открыт на базе городской клинической больницы. Необходимость организации кризисного стационара **вне структуры психиатрических лечебных учреждений** обусловлена тем, что среди суицидоопасных контингентов населения значительный удельный вес составляют лица практически здоровые или с пограничными психическими расстройствами, оказание помощи которым в психических больницах представляется неадекватным и имеет известные отрицательные последствия.

С современных позиций социальной реабилитации прогрессивным является оказание неотложной помощи в условиях кризисного стационара также социально и личностно сохранным эндогенным больным, у которых на фоне полноценных ремиссий возникают психогенные реакции с суицидальным поведением.

Основной поток пациентов стационара формируется в кабинетах социально-психологической помощи, являющихся периферическими звеньями суицидологической службы, но не исключается и направление больных из психоневрологических диспансеров; а также лиц, обратившихся за помощью на Телефон Доверия. Часть пациентов переводится также из реанимационных и психосоматических отделений городских больниц, в которые они были доставлены «скорой помощью» по поводу суицидальных попыток. Прием в кризисный стационар осуществляется по специально разработанным направлениям как в плановом, так и в срочном порядке комиссией в составе врачей-суицидологов стационара.

В общем комплексе проводимой терапии в стационаре большое значение имеет санация «соматогенной почвы», осо-

бенно лицам в постсуицидальном периоде, что во многих случаях способствует более быстрой реадaptации. В этом отношении представляется оправданной организация кризисного стационара в структуре многопрофильной больницы, что обеспечивает возможность быстрого и наиболее полного обследования и лечения пациентов.

Листы нетрудоспособности на время лечения в кризисном стационаре, оформляются в соответствии с общими правилами.

Кризисный стационар является отделением открытого типа, имеет нестандартную обстановку, приближающуюся к домашней, что способствует созданию особого психологического климата и имеет важное психотерапевтическое значение. Состав пациентов стационара гетерогенный.

За период пребывания пациента в стационаре проводится не только квалифицированная диагностика, купирование кризисных состояний, но и осуществляется начальный этап реадaptации. Существенное значение в связи с этим имеет принцип преемственности в ведении выписанных пациентов амбулаторными звеньями суицидологической службы (КСПП), продолжающими дальнейшую терапию и реадaptацию пациентов.

Специфика задач работы кризисного стационара требует максимальной интенсификации труда всех специалистов, слаженности в их работе, что вызывает большое эмоциональное напряжение. Опыт работы стационара выявил преимущество нетрадиционного для медицины «бригадного» метода введения пациентов. Существом подобной организационной формы является совместное участие и помощь различных специалистов в выведении пациентов из состояния психологического кризиса. Работа с пациентами осуществляется группой в составе психиатра, психотерапевта и психолога, при ведущей роли психиатра. Помимо указанных специалистов, при необходимости к работе подключаются юрист и социолог. Такая форма обслуживания обеспечивает большую эффективность работы за счет более полного сбора сведений о каждом пациенте, локализации его проблемы и выбора более адекватной тактики разрешения кризиса, а также разделения общей ответственности за пациента.

Таким образом, указанные причины организации кризисного стационара и комплексные меры кризисного вмешательства способствуют эффективному купированию состояний психологического кризиса и превенции суицидального поведения.

Штамп направляющего  
учреждения

**Направление на госпитализацию  
в кризисный стационар больницы № 20**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Возраст \_\_\_\_\_
3. Дом. адрес, район г. Москвы, телефон \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Место работы, учебы, должность \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Краткий анамнез \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Соматический и неврологический статус \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Психический статус \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Суицидальное поведение (подчеркнуть): а) нет;  
б) есть — мысли, намерения, попытки
9. Заключительный диагноз: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Направляющее учреждение \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество врача \_\_\_\_\_

Адрес больницы № 20: Ленская ул., д. 15, корпус 3.  
Метро, ст. «Бабушкинская»

Кризисный стационар — 3 этаж.

Комиссия — 1 этаж, кабинет № 20.

Понедельник и пятница — с 12 ч. до 13 ч.