

Презентация на тему:
«Консультирование
клиентов с депрессией и
суицидными
намерениями»

Выполнила
Студентка группы 4 «Б» (521141)
Варагушина Надежда

□ Психологическая помощь клиентам с депрессией

- В консультировании мы, как правило, обычно сталкиваемся с так называемой "реактивной депрессией", которая обычно возникает как реакция на события, травмирующие жизнь (соматическое заболевание, конфликты, интимные проблемы, различные утраты, в том числе смерть близкого человека и т.д.).
- Человек в состоянии депрессии занят только собой, своими проблемами, своим здоровьем. Он часто склонен говорить о симптомах, связанных с депрессией, но не о самой депрессии. Поэтому выражается озабоченность физическим здоровьем, подчеркиваются жалобы на бессонницу, раннее пробуждение, потерю аппетита, общую усталость. Иногда жалобы на нарушение различных систем организма "маскируют" депрессию (случаи так называемой "маскированной депрессии")
- *Консультанту следует помнить, что депрессия искажает понимание прошлого. Человеку кажется, что в его прошлом не было ничего хорошего, никаких просветов. Он не помнит мгновений счастья, как здоровый человек — моментов боли. Такой взгляд на прошлое влияет и на нынешнюю самооценку. Большинство из них забывают случаи, когда в прошлом им сопутствовал успех, и не способны выделить такие эпизоды в настоящем. Кстати, депрессия искажает суждения и тех людей, у которых все идет успешно. Консультанту надо обращать на это внимание клиентов.*
- Когда депрессивный клиент обращается за помощью, все его поведение проигрывается в ситуации консультирования. Клиент добивается, чтобы консультант взял на себя ответственность за его жизнь. Тем не менее, признавая правило, что в начальной стадии работы с депрессивными клиентами консультант должен быть активнее (об этом еще пойдет речь), вовсе не обязательно принимать на себя всю ответственность за консультативный процесс. **Консультант действительно не отвечает ни за решение проблем депрессивного клиента, ни за перемены в его жизни, ни за принимаемые им решения.** У клиента, который наконец поймет, что консультант не может и не собирается все делать за него наподобие мага или заботливых родителей, возникает фрустрация, поскольку на самом деле он хочет большего, чем помощи. Депрессивному клиенту недостаточно, чтобы консультант просто помог его самоопределению. Ему хотелось бы иметь в лице консультанта чуть ли не заместителя любимого человека. Когда такие желания не исполняются, клиент свою неудовлетворенность нередко выражает злобой.

- Вообще человек в состоянии депрессии почти всегда испытывает определенную озлобленность, каким бы подавленным и несчастным он ни был. Поэтому **внушать депрессивному клиенту, что все будет хорошо и не надо обращать внимание на мелочи, т.е. всячески подбадривать клиента, скорее вредно, нежели полезно.** Это только озлобляет и обостряет депрессию.
- Прежде всего *необходимо установить, с депрессией какого рода мы столкнулись — с проявлением психотического заболевания, с невротической депрессией или просто с нормальной реакцией на горестные события.* Депрессию не следует путать с другими нарушениями. Иногда консультант принимает симптомы депрессии за переутомление, физическое или психическое истощение и рекомендует клиенту больше отдыхать, спать, употреблять витамины, поехать в санаторий и т.п. Однако в случае депрессии это мало помогает.
- **Задача консультанта в работе с депрессивными клиентами двойка: поддержать клиента и помочь ему в психологическом объяснении трудностей.** Сам факт, что консультант готов "сразиться" с депрессией, укрепляет надежду клиента и нейтрализует отчаяние. Поддержка и понимание уменьшают страдание и переживание вины, помогают восстановить самоуважение. Клиент, видя хотя бы одного человека, понимающего и ценящего его, может изменить установку по отношению к окружающим в позитивном направлении. В целях восстановления у клиента веры в собственные возможности необходимо обращать внимание на сферы, в которых он компетентен, и его бывшие достижения. Важно мобилизовать агрессивные побуждения клиента, чтобы он мог успешнее бороться с жизненными испытаниями.
- **Консультант должен не выжидать** (это еще больше фрустрирует депрессивного клиента и углубляет депрессию), **а активно разговаривать с клиентом о его переживаниях и внешних обстоятельствах.** Депрессивные клиенты требуют большей активности, чем остальной контингент обращающихся. Лучше обычного необходимо структурировать консультативную беседу, особенно в начальной стадии консультирования. Подобная тактика обусловлена пассивностью клиента, его нежеланием самостоятельно анализировать проблемы. Если консультант будет сидеть молча, он лишь подчеркнет неспособность клиента к адекватному общению. Поэтому в начале консультирования специалист несет основную ответственность за беседу

- **Консультант должен часто встречаться с депрессивным клиентом**, особенно если сталкивается с острой депрессией. Частота встреч может быть 2-3 раза в неделю с постепенным ее уменьшением в зависимости от состояния клиента. В процессе консультирования необходимо преодолевать зависимость клиента и побуждать его к более активной роли с каждой последующей встречей.
- В случаях депрессии обычно используется медикаментозное лечение антидепрессантами. Назначение лекарств и дозировка — это дело врачей, однако **консультант должен знать, употребляет ли его клиент лекарства и какова сила их воздействия**. Не следует давать советы клиенту по выбору лекарств или доз, однако возникающие вопросы обязательно нужно обсудить с назначившим лекарство врачом.
- **Консультант должен знать о биологической и психологической предрасположенности некоторых людей к депрессивным реакциям в трудных жизненных ситуациях**. У таких клиентов состояние депрессии может повторяться в неблагоприятных обстоятельствах. Депрессия, особенно возникшая в силу внешних причин, исчезает при изменении жизненных условий.
- Процесс консультирования депрессивных клиентов красиво обобщил Jacobson (цит. по: Kennedy, 1977):
«Необходима продолжительная утонченная эмпатическая связь между аналитиком и депрессивным клиентом; мы должны быть очень внимательными, чтобы не допускать воцарения бессмысленной тишины или не говорить чрезмерно много, слишком быстро или проникновенно, т. е. никогда не следует отдавать очень много или, наоборот, мало. В любом случае депрессивным пациентам нужны относительно частые и продолжительные встречи в зависимости от их настроения, нужно теплое отношение и уважение — установки, которые не следует путать с чрезмерными добротой, симпатией, успокоением... С этими пациентами мы всегда находимся между пропастью и синим морем — это неизбежно».

Особенности консультирования при суицидных намерениях

- Человек в состоянии депрессии часто представляет опасность для самого себя, потому что склонен к саморазрушению в явной и скрытой формах. Когда мы встречаемся с депрессивными клиентами, *нельзя забывать, что слабовыраженная депрессия может перерасти в острую с суицидными намерениями.*
- Самоубийство считается ужасным, постыдным делом, и *некоторые консультанты, работая с депрессивными клиентами, невольно пренебрегают такой возможностью* и полагают, что их клиенты не могут даже подумать об этом. Если консультант проявляет такого рода слепоту, возникает большая опасность для благополучия и даже жизни клиента. Проблема состоит, как правило, не в сокрытии самоубийцей своих намерений, а в том, что он не будет услышан, когда говорит о них.
- Обычно различают попытку самоубийства (парасуицид) и реализованное самоубийство. По данным Davis (1968: цит. по: Kennedy, 1977), женщины в четыре раза чаще, чем мужчины, пытаются покончить жизнь самоубийством, а мужчины в четыре раза чаще кончают жизнь самоубийством. Иногда утверждается, что неудавшаяся попытка самоубийства означает, что намерение было несерьезным. Это довольно опасное заблуждение, ибо немало людей, пытавшихся совершить самоубийство, повторяют попытку. По данным Shocket (1970; цит. по: Kennedy, 1977), в 12% случаях повторная попытка предпринимается в течение трех лет.
- Важен вопрос, *кто именно и в каких ситуациях чаще совершает самоубийство.* Уже упоминалось, что не все люди в состоянии депрессии намереваются совершить самоубийство, но вне депрессии самоубийство совершается очень редко. Предпринимаются попытки дать более полную характеристику группе потенциальных самоубийц.

Kennedy (1977) указывает несколько критериев риска:


- Одинокие мужчины (разведенные и не имеющие близких друзей) старше 40 лет.
- Лица, живущие одни.
- Алкоголики.
- Люди, перенесшие большую утрату.
- Люди преклонного возраста, имеющие соматические заболевания.

- Pretzel (1972) отмечает **два условия, способствующие попыткам самоубийства**.
Первое — увеличение стресса до трудно переносимого индивидом уровня.
Второе — неспособность преодолеть стресс ни в одиночку, ни с помощью других.

Обычно решение о самоубийстве не возникает внезапно. Часто ему предшествует серия попыток поделиться своими намерениями с другими людьми. Наибольшая вероятность попытки самоубийства приходится на вершину экзистенциального кризиса.

- Coleman (1972) отмечает **три фактора**, сильно повышающие риск при предрасположенности к самоубийству: *межличностные кризисы, падение уровня самооценки, утрата смысла жизни и перспективы.*
- Shneidman (1969) указывает четыре условия, способствующие возможности самоубийства:
 - Депрессия.
 - Дезориентация с галлюцинациями и бредом.
 - Стремление вернуть себе контроль за окружением в определенных обстоятельствах, например: неизлечимо больной человек может пытаться совершить самоубийство в целях взять под контроль время своей смерти.
 - Зависимость от других и большая неудовлетворенность таким положением.

Очень важная черта потенциального самоубийцы — **амбивалентность**. Она затрудняет распознавание действительных намерений. Поэтому о пытавшихся совершить самоубийство иногда можно услышать: "Не похоже на депрессию. Вчера вечером у него было хорошее настроение".

- 
- **Консультант**, встречающийся с клиентами, имеющими суицидные намерения, **прежде всего обязан проанализировать собственные установки и чувства по отношению к самоубийству**, знать их заранее. В работе никогда не следует скрывать свои подлинные чувства. Хороший контакт с консультантом может быть крепчайшей нитью, связывающей потерявшего надежду человека с жизнью.
 - Иногда полагают, что обсуждение с клиентами возможности самоубийства только усиливает их намерения. Однако, как правило, беседа о чувствах, подталкивающих к самоубийству, уменьшает вероятность реализации побуждений. Поэтому **консультант не должен уклоняться от обсуждения с депрессивными клиентами проблемы самоубийства**. Тем самым он показывает клиенту, что мысли о самоубийстве могут быть восприняты и поняты другим человеком.
 - Рассматривая очень серьезно любое намерение самоубийства, все же **нельзя забывать о возможности манипулятивной угрозы с целью убедить консультанта в важности своей проблемы и претендовать на максимум его времени**. Большинство симулянтов являются истерическими личностями. Некоторые клиенты говорят о самоубийстве из желания отомстить тем, кто якобы их недостаточно любит. Вообще элемент враждебности присутствует почти в каждом самоубийстве.
 - Встретившись в консультировании с депрессивным клиентом, высказывающим суицидные намерения, **очень важно оценить риск их реализации**. От правильного прогноза может зависеть жизнь клиента.

По мнению Pretzel (1972), "замысел самоубийства имеет три составляющих: выбор средства, убийственная мощь средства и его доступность. Если человек уже выбрал способ самоубийства, наверняка обеспечивающий смерть, и средство легко доступно, риск становится очень большим.

- Степень вероятности самоубийства консультант может выяснить, задавая клиенту косвенные вопросы (Bird, 1973). Прямо спрашивать: "Не намереваетесь ли Вы совершить самоубийство?" — неприемлемо, потому что такой вопрос побуждает клиента к отрицанию. Эффективна тактика "постепенного" расспроса:

Консультант: Как идут дела?

Клиент: (пожимает плечами).

Консультант: Не все хорошо?

Клиент: (трясет головой).

Консультант: Грустно?

Клиент: (кивает головой).

Консультант: Все кажется безнадежным?

Клиент: Да.

Консультант: Жизнь иногда кажется бессмысленной?

Клиент: Иногда.

Консультант: Часто ли Вы думаете, что хотели бы умереть?

Клиент: Большую часть времени.

Консультант: Возникает желание покончить с жизнью?

Клиент: Иногда.

Консультант: Обсуждали ли Вы, как это сделать?

Клиент: Еще не зашел так далеко.

Такая постепенность опроса дает возможность точнее узнать, как далеко зашел клиент в своих мыслях о смерти. В данном случае клиент имеет явные суицидные намерения, однако прямой угрозы самоубийства пока нет.

□ Основатель логотерапии V. Frankl предлагает оценивать вместо вероятности самоубийства величину жизненного потенциала и спрашивать клиента не о причине нежелания жить, а о смысле жизни для него. Чем больше находится нитей, связывающих клиента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство.

Существуют **определенные правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство** (Schutz, 1982; Berman, Cohen-Sandler, 1983; цит. по: Corey, 1986; Bird, 1973; Kennedy, 1977):

1. С такими клиентами нужно **чаще встречаться**.
2. Консультант должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты в его жизни.
3. Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, **не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию** ("От этого ничего не изменится", "Знаете ли Вы, что все религии считают самоубийство величайшим грехом?"). Такая тактика лишь убедит клиента, что его никто не понимает и консультант — тоже.
4. Специалист должен **привлечь к работе с клиентом между консультативными встречами значимых для него людей** (близких, друзей).
5. Клиент должен иметь возможность в любое время позвонить консультанту, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние.
6. При высокой вероятности самоубийства следует **принять меры предосторожности** — проинформировать близких клиента, обсудить вопрос о госпитализации. Консультанту не всегда легко это выполнить. Клиент нередко начинает отрицать свои намерения и утверждает, что нечего за него беспокоиться. Тем не менее консультанту лучше понадеяться на свою интуицию и учесть опасные признаки в поведении клиента, поскольку утешительные заявления могут носить отвлекающий характер. В случаях явного суицидного риска консультант должен потребовать немедленной госпитализации, хотя большинство клиентов категорически протестуют против помещения в психиатрическую клинику. Консультант не должен позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства.
7. Консультант обязан не забывать, что он не Бог и, невзирая на самые лучшие побуждения, **не всегда способен воспрепятствовать самоубийству**. Наибольшую ответственность за собственные действия несет сам клиент.
8. Консультант **не может полностью и единолично отвечать за клиента**. Он лишь профессионально ответствен за пресечение реализации суицидных намерений. Однако неопровержима аксиома — если клиент действительно хочет покончить с жизнью, никто не способен остановить его. Как отмечает Kennedy (1977), "мы говорим "да" жизни клиента, но должны быть готовы к тому, что некоторые клиенты все-таки скажут своей жизни "нет".
9. Консультант обязан **подробно, в письменной форме, документировать свои действия**, чтобы в случае несчастья он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял все меры для избежания катастрофы.

- Консультант должен знать специфику консультирования лиц, пытавшихся совершить самоубийство. Консультирование направляется на преодоление побуждений к самоубийству, которые еще остаются после неудавшейся попытки.

Hamilton и Moss (цит. по: Kennedy, 1977) выделяют три этапа консультирования: в острой фазе, в фазе выздоровления и после выздоровления. Особенно значима работа консультанта в двух первых фазах.

- **1 этап.** Во время первого контакта после неудавшегося самоубийства на первый план выступают уникальность ситуации и самочувствие "самоубийцы-неудачника". Человек, испытавший максимальное напряжение духовных сил, понимает, что не умер, но обстоятельства, приведшие к попытке уйти из жизни, у него остались. Момент "пробуждения" — начало нового этапа жизни этого лица. Поэтому важно, какое "воздействие" будет вписано в "чистый лист" сознания клиента. Время первого контакта не должно ограничиваться, клиенту надо позволить выговориться. От консультанта, встречающегося с таким клиентом, требуется неподдельная искренность, сосредоточение и отдача всех своих духовных сил. Имеется в виду нечто большее, чем обязанность консультанта. После попытки самоубийства клиент максимально обнажен и очень раним, он ясно чувствует внутреннее состояние консультанта. В первой фазе не следует начинать обсуждение основного конфликта и лишь постепенно можно перейти к причинам и психосоматическому смыслу самоубийства. Само консультирование должно быть направлено на уменьшение тревоги и безнадежности.
- **2 этап.** Фаза выздоровления начинается, когда клиент может возвратиться в свое прежнее окружение. Во время второй фазы, как, кстати, и после полного восстановления, возможно повторение суицидных побуждений. Провоцирующее влияние оказывает именно окружение, непосредственно связанное с травмирующим фактором. Поэтому на втором этапе очень важна работа консультанта с семьей суицидента. Помощь семье нередко разрешает проблематичные обстоятельства. Вообще попытка самоубийства — существенная причина для изменений в семейной жизни, точнее говоря, такие изменения становятся неизбежными. Только перемена условий жизни по-настоящему целебна.
- **3 этап.** Попытка клиента совершить самоубийство, а тем более осуществленное самоубийство представляют для консультанта очень тяжелую психическую травму. Collins (1978; цит. по: Menninger, 1991) описывает свои переживания после самоубийства пациента: "Вначале тяготило острое чувство вины и не осознавалась неприязнь к пациенту за совершенное самоубийство. Лишь постепенно пришло осознание озлобленности из-за утраченной перспективы. Озлобленность в свою очередь провоцировала вину. Одновременно довлело чувство стыда перед коллегами. Процесс скорби переплетался с повторяющимися воспоминаниями и снами. В первые дни после несчастья покончивший с собой пациент не выходил из головы, черты пациента виделись у большинства встреченных людей. Все это время ощущалась обязанность объясняться с коллегами — рассказывать им о своей последней беседе с пациентом и выражать сожаление, что не заметил признаков надвигающегося самоубийства." Collins так обобщает свой опыт: "Моей самой большой поддержкой был эмпатичный слушатель".

Руководитель известной в США клиники W. Menninger (1991) предлагает **рекомендации** специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто страдает из-за самоубийства пациента.

□ **Мировоззренческие установки:**

- специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;
- самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;
- нельзя предотвратить самоубийство, если пациент действительно принял решение;

□ **Тактика при консультировании пациентов с суицидными намерениями:**


- необходима бдительность и готовность к неудаче;
- в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;
- необходимо обсудить с коллегами самоубийство пациента как возможный вариант его выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь пациента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблем.

□ **Как реагировать на самоубийство пациента:**

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
- вы обретаеете потрясающий опыт;
- не удивляйтесь подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

□ **Преодоление последствий самоубийства пациента:**

- скорбь — естественная реакция, и все переживают одинаково;
- говорите и переживайте, но без излишнего самообвинения;
- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;
- помните годовщину горестного происшествия, чтобы не оказаться застигнутыми врасплох.

- 
- Jones (1987), вспоминая, что китайский иероглиф, означающий кризис, составляют символы "опасности" и "возможности", обобщает:
 - "Когда пациент совершает самоубийство, над терапевтом нависает угроза. Помимо личных и профессиональных переживаний из-за утраты он может подвергнуться увольнению вследствие халатности. Однако трагедия самоубийства пациента предоставляет и возможность профессионального роста в смысле навыков преодоления суицидных кризисов. Расширяется и углубляется поддержка коллег и наша самоотдача, мы начинаем больше ценить дар жизни и помогать полноценно жить другим. Все работающие с людьми, отягощенными серьезными проблемами, должны быть готовы принять на себя ответственность за их самоубийство. Если случается такое несчастье, всегда легче перенести его с помощью других".

Литература:

Р. Кочюнас

«ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»

М.: "Академический проект", 1999

