

---

ЭССЕ

---

## **ЕСТЬ ЛИ ЖИЗНЬ ПОСЛЕ СМЕРТИ: ИЗ ОПЫТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ ПОСЛЕ ИС- ТИННОЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ**

**Е. В. РОМАНОВА\***,  
ГБУЗ НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия,  
dr.romanova@mail.ru

В статье изложены особенности психотерапевтической работы с подростками после совершенной на фоне депрессии истинной суицидальной попытки, определены цели индивидуальной терапии, обращено внимание на психопрофилактическую работу с родителями. Среди множества случаев суицидального и самоповреждающего поведения подростков особое место занимают суицидальные попытки пациентов с депрессивными состояниями. В статье описаны три случая психотерапевтической работы с шестнадцатилетними подростками с диагнозом «депрессивный эпизод тяжелой степени», совершивших истинные суицидальные попытки; изложены особенности их психического статуса, а также его динамики. Из персональных особенностей

### **Для цитаты:**

*Романова Е.В.* Есть ли жизнь после смерти: из опыта психотерапевтической работы с подростками после истинной суицидальной попытки // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 181—189. doi: 10.17759/cpp.20162403011

\* *Романова Елена Владимировна*, психотерапевт, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ), Москва, Россия, dr.romanova@mail.ru

у подростков отмечались сензитивность, склонность к рефлексии, повышенный уровень личностной и социальной тревожности, нарушенная самооценка, когнитивные искажения (негативное селектирование, поляризованное мышление, персонализация, катастрофизация), низкая фрустрационная толерантность, перфекционизм, низкая социальная компетентность, дефицит навыков решения проблем. На основании анализа опыта работы с этими и другими пациентами с текущим депрессивным эпизодом определены цели индивидуальной и семейной психотерапии, возможности и перспективы оказания психотерапевтической помощи.

**Ключевые слова:** дети, подростки, суицид, психотерапия, профилактика.

*«Не важно, как меня зовут, мне 15 лет, и мои родители не захотели меня услышать и принять такой, какая я есть. Они предали меня, выбрав вместо меня какую-то другую девочку, которую они сами себе придумали, а я выбрала смерть. Я пишу это, чтобы вы, родители своих детей, задумались: вы еще можете выбрать с в о и х детей, прислушаться к ним, попытаться понять и принять их выбор как выбор равных вам людей. Не важно, что они выбирают: кого любить, как одеваться, где учиться, с кем дружить, во что верить... Мои родители свой выбор сделали не в пользу меня, может быть, моя смерть поможет сделать правильный выбор вам...»*

Это сообщение было написано неизвестной девочкой на форуме Интернет-службы психологической помощи детям, подросткам и родителям. Крик о помощи, обращение хоть к кому-то, потому что тебя переполняют эмоции. Обида, сожаление, ненависть... Ты уже взрослая, тебе все говорят, что «чего-то там должна». Но ты мала, растерянна, не знаешь, что делать. Мысли путаются, опереться не на что, все доводы ускользают, теряются в пространстве взрослых.

Согласно данным ВОЗ, каждые 40 секунд где-то в мире умирает человек, совершая самоубийство, еще чаще кто-то предпринимает попытку свести счеты с жизнью [1; 2; 4]. Среди молодых людей в возрасте 15—29 лет самоубийства являются второй ведущей причиной смерти [1], а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет около 13% от общего числа умерших от неестественных причин. По данным ряда авторов у 30% молодых людей в возрасте 14—24 лет возникают суицидальные мысли, 45% девушек и 27% юношей размышляют о самоубийстве [3; 4]. Суицидальные действия совершают 10% девушек и 6% юношей. Половина подростков 15—16 лет совершают повторные попытки самоубийства [1; 3; 4].

Среди множества случаев суицидального и самоповреждающего поведения подростков особое место занимают суицидальные попытки пациентов с депрессивными состояниями. Приведем несколько примеров и про-

анализируем особенности психического статуса пациентов, его динамику, возможности и перспективы оказания психотерапевтической помощи.

**Пациент 1<sup>1</sup>.** Юноша, 16 лет, ученик 10 класса общеобразовательной школы. Диагноз: F32.38 — Депрессивный эпизод тяжелой степени. Наследственность отягощена по линии отца (самоубийство бабушки в возрасте 45 лет, в течение жизни жаловалась на панические атаки).

Раннее развитие по возрасту, рос стеснительным, капризным, обидчивым, плаксивым, хотя охотно общался с детьми. С пяти лет стал менее общительным, болезненно реагировал на ссоры родителей. С шести лет стал негативно относиться к фотографированию, не нравились свои фотографии, неоднократно мял и рвал их (при том, что объективно мальчик выглядел симпатичным). В школу пошел подготовленным, успеваемость хорошая. С 1-го по 4-й класс отмечались сложные взаимоотношения с учителем, был предметом насмешек, некоторое время никому не жаловался, со 2-го класса родителям неоднократно приходилось вмешиваться в ситуацию. С 8-го класса перешел в другую школу, стал отличником по всем предметам, очень переживал из-за возникших сопернических отношений с одноклассником.

Ухудшение состояния мать заметила 1,5—2 года назад: на фоне стрессовых ситуаций стали возникать «панические атаки» (начинал дрожать, немели руки, губы, не мог идти, задыхался, повышалась температура тела). Постепенно сократилось общение со сверстниками, возникло безразличие к близким, стал плаксивым, начал уединяться у себя в комнате. Около 1,5 лет назад родители заметили порезы на бедрах, пытался объяснить тем, что упал с велосипеда или поцарапала собака. Позднее признался родителям, что наносил порезы лезвием, таким образом пытаюсь «заглушить душевную боль». Приходя из школы, много ел, говорил, что его раздражают люди. Интересовался у матери, работающей врачом, тем, какие препараты используются для наркоза. Несколько месяцев назад принял около 30 таблеток спазмолитического средства, матери сказал, что «принял смертельную дозу, так как утратил смысл жизни». Обращались к психологу, посетил несколько занятий. Отрицает, что в социальных сетях состоял в группах, обсуждающих самоубийства. Успешно закончил 9-й класс, сдал экзамены, но на выпускной вечер не пошел. Лето провел, практически не выходя из дома, отмечался плохой аппетит, нарушенный сон; чтобы его никто не видел, гулял со своей собакой по ночам.

Сам юноша рассказывает, что в течение недели, предшествующей суицидальной попытке, было плохое настроение, «депрессия, пессимистический настрой, думал обо всем только в негативном свете». Беспор-

---

<sup>1</sup> Некоторые детали биографии во всех описанных случаях изменены для сохранения конфиденциальности.

коился о том, что не складываются отношения со сверстниками, трудно завести друзей. Считал, что все из-за его внешности (не нравилось телосложение, лицо, форма черепа). Считал, что красивые люди более популярны, более открыты, им всегда проще общаться. Без видимой причины появились навязчивые мысли о самоубийстве.

В день суицидальной попытки с вечера не ложился спать, думал, писал прощальные записки. Не беспокоя родителей, под утро тихо вышел из дома и пошел к железнодорожным путям. Не сразу решился встать перед идущим поездом, в течение получаса пропустил несколько составов. Далее подробности произошедшего не помнит. Был доставлен в отделение нейрохирургии в критическом состоянии с множественными травмами. Утром родители обнаружили записки, узнали, что сын в больнице. В течение месяца находился в отделении нейрохирургии, перенес несколько операций.

**Пациент 2.** Девушка, 16 лет, студентка 1-го курса колледжа. Диагноз: F32.2 — Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов. Наследственность отягощена по линии матери (два завершённых самоубийства в зрелом возрасте на фоне психотравмирующих ситуаций).

Раннее развитие по возрасту, детский сад посещала, адаптировалась быстро. Школа с семи лет, подготовлена, училась хорошо. Росла немного замкнутой, сензитивной, увлекалась рисованием, имела подруг, посещала дополнительные занятия (музыка, танцы и др.). С 10 лет стала высказывать недовольство своим внешним видом, стала посещать занятия по аэробике, чтобы стать стройнее. С 13 лет в одежде предпочитает черный цвет, увлеклась «альтернативной» и рок музыкой, много времени проводила за общением в социальных сетях, также увлеклась аниме, стала посещать тематические вечеринки. В 14 лет впервые после позднего возвращения с вечеринки во время конфликта с матерью угрожала выброситься из окна (при этом истинных суицидальных намерений не имела). В социальных сетях состояла в группах, содержащих информацию о смерти, суицидах, переписывалась с виртуальными подругами, которые наносили себе на тело порезы. Около года назад сама стала наносить себе порезы на предплечье, обсуждала это с ними, родителям объясняла, что «все так делают, ей так нравится». Стала несколько грубее в общении дома, более независимой и самостоятельной.

После успешного окончания 9-го класса поступила в колледж, была довольна этим. Спустя 2 месяца стала жаловаться матери, что не складываются отношения с сокурсниками, не нравятся некоторые преподаватели, беспокоилась из-за занятий, стала сомневаться в том, что сможет учиться успешно. Около полугода назад стала встречаться с девушкой, относилась к этому серьезно; были часты конфликты, на фоне которых неоднократно наносила порезы на предплечье, «чтобы успокоиться».

В день совершения суицидальной попытки вернулась из колледжа в плохом настроении, нанесла себе поверхностные порезы, выложила фотографии в социальной сети. По настоянию подруги обработала рану, продолжала фотографировать и выкладывать фотографии в группе, много писала (в том числе подруге о том, что любит ее). Позже подошла к подоконнику и выпрыгнула из окна шестого этажа, подробностей девушка не помнит. Была доставлена в реанимационное отделение с тяжелой сочетанной травмой, неоднократно прооперирована, затем лечилась в травматологическом отделении.

**Пациент 3.** Девушка, 16 лет, ученица 10-го класса общеобразовательной школы. Диагноз: F32.2 — Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов. Наследственность не отягощена.

Раннее развитие по возрасту, детский сад посещала, росла общительной. Обучается в школе с семи лет, успеваемость хорошая. С 6-го класса стала жаловаться на головные боли, утомляемость, сонливость. Плохое настроение, подавленность беспокоят около трех лет, сама девушка связывает это со сложной семейной ситуацией, а также с тем, что некоторое время в социальных сетях приходили анонимные письма неприятного содержания («плохая, ...толстая, ...умри»), начала задумываться о смерти. Через какое-то время не могла избавиться от мыслей о своей никчемности, стала наносить себе порезы с целью «облегчения душевной боли». Около двух лет назад на фоне сниженного настроения и переживаний о бессмысленности жизни выпила большое количество таблеток из домашней аптечки («все, что нашла»), уснула, утром была рвота, к врачу не обращалась, от родителей скрывала. Сожалела, что не получилось умереть, через две недели вновь стала наносить порезы. Еще через полгода вновь думала выпить таблеток, остановили размышления о том, что можно поговорить с родителями, попросить о помощи, но на разговор так и не решилась. Через несколько месяцев стала испытывать «отвращение ко всему», не выходила из дома, нарушился сон, усилились мысли о своей никчемности, нежелании жить, появился страх, что это состояние никогда не закончится, говорила матери, что боится того, что может с собой что-то сделать. Однажды девушка прибежала к матери, сказала, что не хочет жить и не знает, что с ней. Обращались к психиатру и психотерапевту, получала лечение. Через месяц выпила с целью отравления большое количество таблеток, доставлена в реанимационное отделение в тяжелом состоянии.

Во всех описанных случаях у подростков диагностирован депрессивный эпизод тяжелой степени, суицидальные попытки носили истинный характер, ранее им также предшествовало самоповреждающее поведение.

На первом этапе лечения в фокусе внимания психотерапевта находилась семья подростка, столкнувшаяся с ситуацией совершения суицида. По показаниям терапии в индивидуальной и/или семейной форме осуществлялись коррекция эмоционального состояния родителей, работа с чувством вины, купирование актуальности переживаний, кроме того, активизация мотивации членов семьи к поддержанию пациентом комплаенса, формирование «терапевтического» альянса семьи с врачами и т. д.

По мере стабилизации состояния подростка и восстановления жизненно важных функций наряду со специализированной помощью врачей других специальностей участие психиатра, психотерапевта приобретало для самого подростка важное значение. Первостепенна роль адекватной и своевременной назначенной психофармакотерапии. Задача психотерапевта на этом этапе — формирование «терапевтического» альянса, снижение эмоциональной напряженности, комплаенс-терапия.

Позже, по мере стабилизации психического состояния подростка, на фоне психофармакотерапии особое значение приобретало собственно психотерапевтическое вмешательство, организованное с учетом индивидуальных особенностей пациента. Так, в психическом статусе подростков отмечались достаточный уровень интеллектуального развития, сензитивность, интровертированность, склонность к рефлексии, повышенный уровень личностной и социальной тревожности, нарушенная самооценка, когнитивные искажения (негативное селективное, поляризованное мышление, персонализация, катастрофизация), дисморфофобические переживания, низкая фрустрационная толерантность, черты перфекционизма, признаки эмоциональной депривации, низкая социальная компетентность, трудности во взаимоотношениях со сверстниками, дефицит навыков решения проблем. Следует отметить, что у подростков диагностировались компоненты когнитивной триады депрессии (по А. Беку). В семейном статусе пациентов (что намеренно не отражено нами в описании приведенных примеров) отмечались признаки дисфункциональной семейной системы разной степени выраженности.

Психотерапевтическое вмешательство во всех случаях преследовало следующие основные цели<sup>2</sup>:

- 1) коррекция эмоционального состояния, уровня тревожности;
- 2) коррекция самооценки, образа Я, уровня притязаний;
- 3) коррекция степени перфекционизма;

---

<sup>2</sup> Следует отметить, что в двух случаях из описанных на этапе оказания психотерапевтической помощи в условиях стационара присутствовали ограничения в работе, связанные с диссимуляцией пациентами своего состояния, обусловленной желанием скорейшей выписки (что нивелировалось на постгоспитальном этапе).

4) коррекция уровня стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности, обсуждение возможностей совладания со стрессом, тренировка использования адаптивных копинг-стратегий;

5) коррекция склонности подростка к импульсивной (ауто)агрессии;

6) работа с когнитивными искажениями и дисфункциональными поведенческими стратегиями.

Наконец, важной составляющей работы была также коррекция жизненных целей (в том числе обсуждение экзистенциальных проблем, смысла существования, выявление оснований для продолжения жизни и пр.), отношения к членам семьи и внутрисемейных отношений, коррекция отношений со сверстниками.

В работе преимущественно использовались когнитивная и экзистенциальная психотерапия. Пациентам давалось общее представление о модели когнитивной терапии при депрессивных и тревожных расстройствах, начиналось обучение навыкам осознания автоматических мыслей и конфронтации с ними. Важно отметить, что при наличии возможности родители также участвовали в обсуждении основных положений и техник когнитивного подхода. В процессе терапии преследовались цели развития навыков эмоциональной саморегуляции, повышения уровня стрессоустойчивости, приобретения навыков решения проблем.

Значимым ресурсом являлось привлечение родителей к участию в семейной и групповой психотерапии (полезна организация постоянно действующей открытой группы психологической поддержки родителей подростков с суицидальным поведением, а также участие их в психообразовательной программе, ставящей своими целями повышение осведомленности родителей по основным вопросам превенции самоубийств).

Таким образом, новый опыт, получаемый подростками (и семьей в целом) в процессе психотерапевтического вмешательства после суицидальной попытки (идентификация и структурирование своих переживаний, коррекция дисфункциональных мыслей, расширение диапазона используемых копинг-стратегий, развитие навыков эмоциональной саморегуляции и т. д.) меняет жизненный путь подростка, снижая его психическую уязвимость и повышая способность успешно адаптироваться к меняющимся условиям среды, противостоять вызовам будущего.

Только комплексное, специально организованное, основанное на методах с доказанной эффективностью и достаточно длительное психотерапевтическое сопровождение подростка с аффективными расстройствами и его семьи сможет предупредить суицидальное и самоповреждающее поведение, значительно повысить эффективность комплексной терапевтической работы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив: пер. с англ. / Под ред. А. Wenzel и др. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. 98 с.
2. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов / Под ред. Х.М. Бертолоте. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2006. 31 с.
3. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях: метод. рекомендации для педагогов и кураторов / А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева и др. Томск: ООО «Reklamnaya группа Grafika», 2013. 56 с.
4. Смертность российских подростков от самоубийств / А.Е. Иванова, Т.П. Сабгайда, В.Г. Семенова и др. [Электронный ресурс] // М.: ЮНИСЕФ, 2011. 133 с. URL: <http://www.slideshare.net/UNICEFRussia/suicide-book-forinternet> (дата обращения: 10.05.2016).

## IS THERE LIFE AFTER DEATH: FROM PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE WITH ADOLESCENTS AFTER THEIR TRUE SUICIDE ATTEMPT

E.V ROMANONA\*,

Sukhareva Center for Scientific and Applied Research of the Mental Health of Children and Adolescents, Moscow, Russia, [dr.romanova@mail.ru](mailto:dr.romanova@mail.ru)

Suicide attempts made by the patients suffering from depression should be considered as a special case in the general category of suicidal and self-injurious behavior. The paper is aimed at describing the examples of psychotherapeutic work with three 16-year-old teenagers who were diagnosed with severe depressive episode and had made a true suicide attempt. It explains the specificity of their mental status in dynamic perspective. The set of the personal characteristics peculiar for such teenage patients includes sensitivity, disposition to reflexivity, higher level of personal and social anxiety, self-esteem disturbance, cognitive distortions (negative selection, polarized thinking, personalization, catastrophizing), low frustration tolerance, perfectionism, low social competence, lack of problem-solving skills. On the basis of these and other cases of severe depressive episodes the author defines the goals for individual and family therapy, the possibilities and perspectives of psychotherapeutic treatment.

**Keywords:** children, teenagers, suicide, psychotherapy, prevention.

### For citation:

Romanova E.V. Is There Life After Death: From Psychotherapeutic Practice With Adolescents After Their True Suicide Attempt. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 181—189. doi: 10.17759/cpp.20162403011. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Romanova Elena Vladimirovna*, Psychotherapist, Sukhareva Center for Scientific and Applied Research of the Mental Health of Children and Adolescents, Moscow, Russia, e-mail: [dr.romanova@mail.ru](mailto:dr.romanova@mail.ru)

## **REFERENCES**

1. Predotvrashhenie samoubijstv. Global'nyj imperativ [Preventing suicide. A global imperative]. In A. Wenzel et al. (eds). Geneva: World health organization, 2014. 98 p. (in Russ).
2. Predotvrashhenie samoubijstv. Spravochnoe posobie dlja konsul'tantov [Preventing suicide. A resource for counselors]. In H.M. Bertolote (eds.). Geneva: World health organization, 2006. 31 p. (in Russ).
3. Profilaktika suicidal'nogo povedenija v uchebnyh zavedenijah. Metodicheskie rekomendacii dlja pedagogov i kuratorov / [Prevention of suicidal behavior in education establishments. Methodological guidelines for teachers and curators] / A.N. Kor-netov, I.L. Shelehov, A.V. Silaeva, E.S. et al. Tomsk, 2013. 56 p.
4. Smernost' rossijskih podrostkov ot samoubijstv [Russian adolescent death rate from suicides] // A.E. Ivanova, T.P. Sabgajda, V.G. Semenova, et al. JuNISEF, 2011. — 133 p. Available at: <http://www.slideshare.net/UNICEFRussia/suicide-book-for-internet> (Accessed: 10.05.2016)