

ПРЕДИСЛОВИЕ

Когда мне предложили написать предисловие ко второму изданию книги «Управление риском суицида», я немедленно согласилась. Я давно с интересом общаюсь с Дэвидом Джобсом. Он долгое время работал в Католическом университете Америки, где я начала свою академическую карьеру в должности младшего профессора до перехода в Вашингтонский университет. Около тридцати лет назад, когда Дэйв еще учился в магистратуре Американского университета, его руководителем практики на первом курсе был Аллен Левенталь — человек, оказавший огромное влияние на мою жизнь и становление моей карьеры. Тогда Дэйв написал мне письмо, в котором задал вопросы о моем исследовании, и я ответила ему. Через несколько лет мы встретились на конференции Американской ассоциации суицидологии, и я активно поддержала его первые исследования в области оценки [суицидального риска], которые в итоге привели к разработке «Карты оценки суицидальности» (SSF, Suicide Status Form), подробно описанной в этой книге.

Поворотным моментом в нашей истории стало приглашение выступить на конференции Эши в Швейцарии. Это была восхитительная серия встреч с участием клиницистов-исследователей, стремившихся найти такой способ работы с суицидальными пациентами, который бы основывался на принципах эмпатии и сочувствия. В ходе одной из таких встреч мы с Дэйвом обсудили его планы стать исследователем методов лечения суицида. Я настоятельно рекомендовала ему активно включиться в научную работу и искать источники финансирования для дальнейшего изучения «коллаборативной оценки и управления суицидальностью» (CAMS, Collaborative Assessment and Management of Suicidality), которой и посвящена данная книга. Дэйв подал заявку на получение гранта Национального института психического здоровья R-34, где я выступала в роли консультанта. Грант он не получил, но это сотрудничество укрепило наши отношения, и я смогла выступить в роли его наставника в со-

ставлении заявки на грант и дальнейшем становлении как исследователя в области лечения суицидальности.

Всем, кто знаком со мной, известно о моей страсти к науке и даным, а также об очевидной необходимости разработки эффективных методов лечения на основании рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Десять лет назад, за исключением моих собственных работ по диалектической поведенческой терапии, исследования суицидального поведения методом РКИ практически не велись. Я твердо решила изменить ситуацию и провела в Сиэтле серию научно-исследовательских встреч со старшими коллегами и несколькими молодыми исследователями с целью поддержать их в составлении заявок на гранты, которые позволили бы заниматься финансируемыми РКИ в сфере суицидологии. И мне приятно осознавать, что эти встречи оказались очень результативными и помогли целому поколению ученых получить финансирование серии исследований на основе РКИ, которые сейчас кардинально меняют практику предотвращения суицидов. Дэйв, который также входил в эту группу, стал одним из тех исследователей, кто продолжил поиски финансирования, добился нескольких грантов на проведение РКИ и опубликовал информацию об эффективности CAMS. Благодаря его работе мы знаем, что CAMS значительно снижает суицидальную идеацию и общие симптомы дистресса, помогая укрепить надежду, повысить уровень удовлетворенности пациентов и приверженность клиническому лечению. Кроме того, в настоящее время в мире проводится четыре РКИ, задача которых — повторить и дополнить результаты предыдущих клинических исследований, а также лучше понять влияние CAMS на суицидальное поведение.

Многие считают, что я занимаюсь исследованиями в области лечения пограничного расстройства личности. На самом деле я всегда в глубине души была в первую очередь исследователем лечения суицида. Суицид приводит к летальному исходу, поэтому нам стоило бы больше знать о лечении суицидального поведения, чем мы знаем сейчас. Дэйв разделяет мою приверженность спасению людей от суицидальной безысходности. Доказано, что модель CAMS, в основе которой лежат эмпатия, честность и коллаборация, помогает стабилизировать пациентов с суицидальными намерениями, создает

условия для дальнейшего эффективного лечения определенных ими суицидогенных драйверов и использует научно обоснованные вмешательства. SSF представляет собой полезное руководство, позволяющее стабилизировать состояние суицидальных пациентов, над которым клиницисты и пациенты совместно работают в рамках CAMS. Я считаю, что CAMS является уникальным вкладом в клиническую литературу.

Для меня было большой честью поддерживать научное развитие метода CAMS и Дэйва в течение последних 20 лет, и я была рада узнать, что он считает меня человеком, оказавшим наибольшее влияние на его рост в качестве клинического исследователя. Я с огромным удовольствием наблюдаю, как сейчас РКИ в области профилактики суицида активно развиваются и процветают, и работа Дэйва над CAMS играет в этом огромную роль. Мы, суицидологи, полагаем, что к людям с суицидальными наклонностями необходимо относиться со всей серьезностью, пониманием и уважением, обучая их навыкам, позволяющим найти свой путь в жизни. Эта книга — значительный вклад в достижение этой специфической задачи. Подход CAMS к работе с суицидальным риском — ценное средство от повсеместной «культуры стыда и обвинения», которая слишком часто встречается в современной системе охраны психического здоровья, когда специалисты сталкиваются с суицидальным пациентом. Я уверена, что эта книга поможет клиницистам и пациентам найти способ справиться с суицидальным кризисом, преодолев те силы, которые заставляют человека покончить с собой, и однажды найти выход из ада безысходности, осознав, что жизнь стоит того, чтобы жить.

*Марша М. Линехан, доктор наук, член Американского
совета по профессиональной психологии, профессор,
директор Клиники поведенческих исследований и терапии
Вашингтонского университета*

ВВЕДЕНИЕ

Я всегда определял себя как *клинициста-исследователя*. На мой взгляд, это понятие кардинально отличается от понятия *исследователя-клинициста*. Долгие годы занимаясь разработкой модели «Коллаборативная оценка и управление суицидальностью» (CAMS), я постоянно слышу от клиницистов, что CAMS воспринимается как разумный подход для многих, кто работает «на передовой» в сфере психиатрической помощи. CAMS определенно не является оторванной от действительности теоретической моделью, применимой к клинической работе с людьми с суицидальными наклонностями. Я всегда придерживался убеждения, что идеальное клиническое исследование должно напрямую обеспечивать информацией практикующих клиницистов и иметь важное клиническое значение. Но я также твердо верю в науку и в важность эмпирического подтверждения того, что нечто, имеющее интуитивный клинический смысл, действительно работает (и не причиняет вред).

Помимо этих рассуждений, я как клиницист и клинический исследователь более тридцати лет назад с головой окунулся в суицидологические исследования. Открытия, полученные в результате глубокого их изучения, описаны в настоящей книге. И, наверное, не менее важно то, что мое убеждение укрепилось: большинство суицидальных пациентов, разговаривающих с психиатром, в реальности *не хотят умирать*. Наоборот, они отчаянно ведут борьбу в психологическом пространстве и времени, где просто не знают, что еще сделать. Если мы поймем эту простую идею — и пациент увидит, что мы на самом деле «слышим» его, — мы встанем на верный путь к потенциально спасительному клиническому лечению.

В первом издании настоящей книги я стремился создать убедительную доказательную базу для использования подхода CAMS; мне хотелось донести до читателей, что этот подход, несмотря на свою новизну, обладает ценностью и заслуживает внимания. Но

для этого мне нужно было аргументировать некоторые ключевые (и противоречивые) моменты, в частности: (1) трактование *суицида* в качестве фокуса терапии (в отличие от подхода, при котором фокусом терапии считается психическое расстройство), (2) целесообразность усилий по предотвращению госпитализации суицидального пациента, (3) преимущества различных форм стабилизации пациента перед контрактом о непричинении себе вреда или соблюдению безопасности, (4) критическую важность эмпатии к суицидальному состоянию и коллаборации для успешного лечения и (5) роль *пациента* как ключевого партнера в процессе терапии суицидогенных проблем, *определенных самим пациентом*. За десять лет, прошедших с момента выхода в свет первого издания, многие из этих идей получили широкое распространение в психиатрии. Тем не менее я по-прежнему регулярно встречаю клиницистов, которых эти идеи удивляют, в какой-то мере настораживают или вызывают откровенное неприятие. В связи с этим я пришел к пониманию того, что менять знакомую клиническую практику крайне трудно.

Модель CAMS изначально разработана для расширения возможностей клиницистов через расширение возможностей их пациентов. На протяжении всей своей карьеры я стремился разработать эффективный подход, который помог бы моим суицидальным пациентам бороться за свою жизнь до того, как они почувствуют непреодолимое желание ее оборвать. Я знал, что для реализации этой цели мне нужно найти способ создать максимально эффективный терапевтический альянс, а также пробудить мотивацию у моих пациентов. Каждый из основных компонентов CAMS имеет цель укрепить взаимодействие в рамках альянса, усиливая при этом мотивацию и автономию пациента.

Несмотря на то что CAMS (а также Карта оценки суицидальности [SSF]) способствовала изменению практики работы с суицидальными пациентами в течение последних 25 лет, нам еще предстоит пройти долгий путь, если мы действительно намереваемся спасти больше жизней, используя CAMS или любой другой аналогичный доказательный подход (такой как диалектическая поведенческая терапия или когнитивная терапия для предотвращения суицида, которые обсуждаются в этой книге). Меня по-прежнему тревожит

редкое использование практик, специально разработанных для профилактики суицида, эффективность которых доказана в клинических исследованиях. Когда мы говорим о спасении жизней, статус-кво неприемлем. Нам нужны «агенты перемен» — люди, использующие доказательные практики в устранении причин суицидальности и позволяющие снизить суицидальные страдания.

Возможно, одного только понимания природы суицидальных страданий пациента недостаточно для профилактики суицида, однако это отличная отправная точка для начала работы по спасению жизни. Помимо понимания, существует также фундаментальная необходимость эффективного *управления* риском суицида как в клинической работе с пациентом, так и на уровне саморефлексии специалиста, оказывающего помощь. Суицид во всех культурах и странах мира считается явлением одновременно сложным, противоречивым, таинственным, пугающим и ужасающим. Ни принадлежность к какой-либо социально-экономической или демографической группе, ни религия не гарантируют защиты от суицидального риска. Более того, ни один страдающий человек не может быть уверен, что у него не возникнет суицидальных мыслей при достаточно тяжелых жизненных обстоятельствах. Как клиницисты, мы не можем быть полностью застрахованы от того, что в ходе своей профессиональной деятельности не столкнемся с суицидальным риском или не будем вынуждены работать с ним. На самом деле мы встречаем его повсюду: в новостях, в произведениях искусства, фильмах, литературе, а также в профессиональной и личной жизни. Суицид является неотъемлемой частью существования человечества, этот факт не получится отрицать.

Распространенность суицида неизменно вызывает чувство страха, тревоги, ужаса не только у самоубийц и их близких, но и у клиницистов. Благодаря этому страху я понял, что мы должны сконцентрироваться на том, что нам *нужно*. С точки зрения работы с риском суицида эта потребность сводится к обеспечению максимально эффективной помощи, которая хоть и не гарантирует спасение всех, но способна значительно изменить ситуацию для большинства. Таким образом, мы должны сохранять непоколебимую решимость, сосредоточившись на компетентной оценке, анализе и терапии

факторов, толкающих личность к одному из самых необратимых поступков — к прекращению собственной жизни.

Я надеюсь, что эта книга, а также описанный в ней подход помогут клиницистам эффективно справиться с этой тревожащей клинической проблемой. Наши суицидальные пациенты — это, как правило, отчаявшиеся люди, находящиеся в ужасных обстоятельствах, полных неопределенности, страха, боли и безнадежности. Однако если они сидят перед нами, значит, надежда есть. Раздувание тлеющих угольков этой надежды и является темой данной книги; именно в этом заключается суть клинической работы по спасению человека от суицида.