



Вебинар:  
**Кризисное  
консультирование на  
горячей линии**

Камин Андрей Александрович

Президент Российской Ассоциации Телефонной  
Экстренной Психологической Помощи

# Кризисное состояние (Амбрумова А. Г., Полеев А. М., 1986)

Психическое (психологическое) состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму ( резкое изменение образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации.

## «Патологический кризис» (Карвасарский Б.Д.)

Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний, определяющим терапевтическую тактику кризисного консультирования, является наличие или риск развития суицидальных тенденций

# Определение

«Суицидальное поведение является следствием социальной психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние суицидальная попытка и завершённый суицид» А. Г. Амбрумова (1978)



- Антивитальные переживания это отрицание жизни без четких представлений о собственной смерти
- Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но без конкретизации в плане лишения себя жизни.
- Суицидальные замыслы понимаются как активизация проявления суицидальности (тенденция к самоубийству), которая сопровождается аффективной напряженностью. Происходит разработка планов реализации суицида, продумываются способы, время и место акта.
- Суицидальные намерения характеризуются принятием решения о самоубийстве, что предполагает присоединение к замыслу волевого компонента, переводящего внутреннее суицидальное поведение во внешнее.
- Суицидальная попытка и завершённый суицид

# Принципы помощи: Мифы о суициде



№	Мифы и предубеждения	Реальность
1	Люди, которые говорят о самоубийстве, не причинят себе вреда, им просто нужно внимание.	. Консультант должен предпринять все возможные меры предосторожности, когда он (она) встречает человека, который говорит о суицидальных идеях, намерениях, или планах. Ко всем угрозам нанесения себе вреда следует относиться серьезно.
2	Самоубийство – это всегда импульсивный акт и происходит без предупреждения.	Смерть от собственной руки может казаться импульсивной, но человек мог обдумывать самоубийство на протяжении значительного промежутка времени. Многие склонные к суициду личности подают определенные вербальные или поведенческие сигналы об идее намерения причинить себе вред.
3	Склонные к суициду личности на самом деле хотят умереть или решили убить себя.	Большинство чувствующих желание совершить самоубийство людей делятся своими мыслями как минимум хотя бы еще с одним человеком, или звонят по телефону в кризисные центры, или врачу, что свидетельствует о двойственности их желания
4	Когда человек проявляет признаки улучшения или выживает после попытки самоубийства, можно считать, что опасность миновала.	На самом деле, один из наиболее опасных периодов, это период непосредственно после кризиса, или когда человек находится в больнице после попытки самоубийства. Неделя после выписки – это время, когда человек испытывает слабость и существует опасность того, что он может нанести себе вред..
5	Суицид всегда передается по наследству	Не каждое самоубийство можно связать с наследственностью, и тема эта недостаточно изучена. Наличие суицида является существенным фактором риска суицидального поведения, в частности, если в семье существует история депрессивных расстройств.

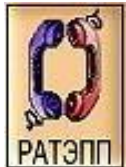
# Принципы помощи: Мифы о суициде



№	<i>Мифы и предубеждения</i>	<i>Реальность</i>
6	Люди, совершившие попытку самоубийства или самоубийство, всегда будут страдать от психического расстройства.	. Суицидальное поведение связывают с депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами, шизофренией и другими психическими расстройствами, вместе с деструктивным и агрессивным поведением. Однако не следует переоценивать значение такой связи. Относительное соотношение этих расстройств различно в разных местах, и есть случаи, в которых психическое расстройство не проявляло себя.
7	Если консультант разговаривает с пациентом о самоубийстве, то он (она) провоцирует суицид	Ясно, что консультант не вызывает суицидальное поведение, простым вопросом о том, думают ли пациенты о нанесении себе вреда. Фактически, признание существующего эмоционального состояния человека и нормализация вызванной стрессом ситуация являются необходимыми составляющими для уменьшения суицидальных идей..
8	Самоубийство совершают только "те, совсем другие люди", не такие, как мы.	Самоубийство может совершить любой человек, и это подтверждается наличием самоубийств во всех типах общественного устройства и разных семьях
9	Если человек один раз пытался покончить собой, он (она) больше никогда не совершит следующую попытку.	На самом деле, попытки самоубийства – критически важный фактор, предсказывающий самоубийство.
10	Дети не совершают самоубийств	Хотя и редко, но дети совершают самоубийства и любое проявление, в любом возрасте, должно восприниматься со всей серьезностью.

# Мифы о подростковом суициде

## Мифы о молодежном суициде



- «Подростки часто говорят о смерти. Слова о суициде – это несерьезно».
- «Суицид происходит неожиданно». В большинстве случаев существует множество вербальных и невербальных знаков того, что подросток переживает ситуацию, с которой не справляется.
- «Суицидальные мысли, намерения, поведения – это навсегда. Если они появились, подросток всегда останется в группе риска суицида». В большинстве случаев острый период длится 24-72 часов. Чем больше помощи получает подросток в выявлении стрессоров и выработке стратегий разрешения кризиса, тем лучше прогноз.
- «Если подросток уже пытался совершить самоубийство, он понимает, как это ужасно и не пойдет на это снова». История попыток самоубийства в анамнезе является одним из основных предикторов последующего суицидального поведения.

# Мифы о подростковом суициде

## Мифы о молодежном суициде

- «Большинство подростков оставляет записки перед самоубийством». Посмертные записки оставляет лишь небольшой процент подростков.
- «Большинство суицидов совершается ночью». В большинстве случаев подростки ищут помощи. Даже совершая попытку суицида, у большинства сохраняется пусть неосознанная надежда, что кто-то вмешается.
- «Никогда не употребляйте слово «суицид» в беседе с подростком. Это может подтолкнуть к самоубийству».  
Использование слова не может мотивировать человека, у которого нет суицидальных намерений. Называние вещей своими именами может помочь подростку начать говорить о своих переживаниях.
- «Подросток с сильными религиозными убеждениями и ценностями никогда не предпримет попытки самоубийства».

«Capuzzi, Dave; Golden, Larry Preventing Adolescent Suicide  
1988 <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED344145.pdf>



# Оценка суицидального риска

Первым действием консультанта в ситуации, которую он оценивает как кризисную, а состояние абонента, как угрожающее суицидальным поведением, является именно она:

о) Возможно, вы увидите, что кризисное состояние отсутствует, а вместе с ним и суицидальный риск. В этом случае действуем по алгоритму кризисного консультирования.

Но если риск имеет место, его можно оценить в три стадии: 1) Легкая степень суицидального риска: Клиент демонстрирует беспокойство и мысли о смерти. - Спросите о наличии мыслей о самоубийстве.

- Если мысли есть, но без конкретного плана и волевого компонента, в этом случае может быть достаточно понимающей беседы или психологического консультирования по телефону.





# Оценка суицидального риска

2) Средняя степень риска: если мысли о самоубийстве есть, абонент обдумывает его план (замыслы) и осуществляет действия по его подготовке (намерения), но отсутствует острое стрессовое событие или психиатрическое расстройство, а также наличие суицидальных попыток в прошлом.

- В этом случае консультация должна сопровождаться заключением антисуицидального контракта и мотивированием на обращение за очной консультацией

3) Высокая степень риска: наличие серьезных суицидальных тенденций (замыслы и намерения) в сочетании с психическим расстройством (это должен быть установленный врачами диагноз, а не предположения) или серьезным стрессовым событием. Также высоким его делает наличие в прошлом суицидальной попытки.

- Мотивирование на обращение за медицинской помощью, Скорая помощь (тел. 112) (вызывается в случаях: текущего суицида, только что совершенной суицидальной попытки либо кризисного состояния или психического расстройства, которое не позволяет абоненту себя контролировать.) В этом случае действуем по алгоритму для текущего суицида.

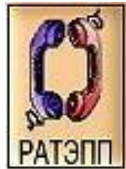


# Действия консультанта при суицидальном риске

- Сохранять спокойствие и предлагать поддержку
- Не осуждать
- Поощрять полную откровенность
- Признавать самоубийство как один из вариантов, но не признавать самоубийство как "нормальный" вариант
- Участливо выслушивать и категорически укреплять (усиливать) уход за собой
- Сконцентрировать процесс консультирования на "здесь и теперь"
- Избегать глубокого консультирования до тех пор, пока кризис не минует
- Обращаться к другим людям за помощью в оценке потенциала индивидуума причинить себе вред
- Задавать вопросы о конце жизни
- Устранять средства для ухода из жизни
- Принимать эффективные решения в ходе контроля кризисной ситуации



# Первоначальный контакт с суицидальным человеком



Как следует вести беседу:

- Слушать внимательно и сохранять спокойствие.
- Понимать чувства человека (проявлять эмпатию).
- Невербально проявлять принятие и уважение.
- Выражать уважение к мнениям и ценностям человека.
- Разговаривать честно и искренне.
- Проявлять участие, заботу и теплоту.
- Фокусировать внимание на чувствах человека.

# Первоначальный контакт с суицидальным человеком

Как не следует вести беседу :

- Слишком часто перебивать.
- Демонстрировать, что происходящее вас шокирует, проявлять слишком сильные эмоции.
- Показывать, что вы заняты, и что у вас нет времени.
- Проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций «старшего» или все знающего человека).
- Допускать тревожащую назойливость или неясность в высказываниях.
- Задавать провокационные вопросы. Общению способствует спокойное, открытое, принимающее и не осуждающее (без оценок) отношение.



# Действия в сомнительных случаях

Уточнить не планировал или не совершал ли самоповреждений, суицидальных попыток в прошлом, настоящем и будущем (6 вопросов)



- Совершали ли вы суицидальные попытки в прошлом
- Совершаете ли вы суицидальную попытку в настоящий момент
- Планируете ли вы суицидальную попытку в ближайшем будущем или на более отдаленный период
- Наносили ли вы себе самоповреждения в прошлом, если да, опишите их характер
- Совершаете ли вы самоповреждения в настоящий момент, если да, опишите их характер
- Планируете ли вы самоповреждения в ближайшем будущем или на более отдаленный период, если да, опишите их характер. (Самоповреждения должны представлять опасность для жизни и здоровья, например порезы, удушье, злоупотребление большими дозами лекарств и т.д. Но не выдергивание волос, скарификация (нанесение царапин) и т.п.)

# ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Комплексная оценка суицидального поведения является основой эффективного консультативного вмешательства и действий для предотвращения суицида. Изначальной целью экспертной оценки суицидального поведения является предоставление информации для предотвращения и консультирования. Каждая оценка суицидального поведения должна включать в себя следующее:



- Проверку имеющих отношение к суициду факторов риска
- Историю проявлений суицидального поведения
- Неизменяемые биологические, психосоциальные, психические, ситуативные условия, или состояние здоровья
- Степень проявления текущих суицидальных симптомов, включая уровень ощущения безнадежности
- Внезапные сильные факторы стресса
- Уровень импульсивности и самоконтроля
- Сведения о других сдерживающих факторах
- Защитные факторы

# ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ

Защитные факторы снижают риск самоубийства; они, как изоляционный материал, предохраняют от самоубийства. Среди них следует отметить следующие:

- Поддержка семьи, друзей, других важных в жизни человека людей
- Религиозные, культурные и этнические ценности
- Участие в жизни общества
- Приносящая удовлетворение жизнь в обществе
- Социальная интеграция, например, через рабочую деятельность, конструктивное использование досуга
- Наличие доступа к услугам по охране психического здоровья



Хотя такие защитные факторы не снимают риск самоубийства, они могут нейтрализовать сильные стрессовые ситуации, которые возникают в жизни.

## ФАКТОРЫ РИСКА И СИТУАЦИИ РИСКА

- Низкий социально-экономический статус и образовательный уровень; потеря работы
- Социальный стресс и кризисы
- Неблагополучная ситуация в семье, проблемы отношений в обществе и с системами поддержки
- Перенесенная травма, например, физическое и сексуальное насилие
- Потеря или самоубийство близких людей
- Психические расстройства, например, депрессия, расстройства личности, шизофрения, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами
- Ощущение никчемности и безнадежности
- Вопросы сексуальной ориентации (например, гомосексуализм)
- Особенности и манеры поведения (например, когнитивный стиль и личностные свойства)
- Отсутствие здравого смысла, самоконтроля и саморазрушающее поведение
- Недостаточно развитые умения психологической адаптации и приспособления к ситуации
- Болезни и хроническая боль
- Наличие доступа к средствам членовредительства
- Разрушительные и насильственные события (например, война или катастрофические бедствия)

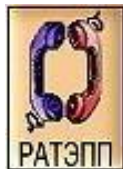




# СОМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

хронические болезни которые повышают суицидальный риск:

- эпилепсия;
- спинальные или черепно-мозговые травмы и инсульт;
- онкология
- ВИЧ\СПИД
- диабет
- рассеянный склероз;
- хронические заболевания почек, печени и других органов желудочно-кишечного тракта;
- костно-суставные болезни, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом;
- сердечно-сосудистые и нейроциркуляторные заболевания;
- сексуальные расстройства.



У лиц, испытывающих трудности в ходьбе, страдающих снижением зрения и слуха, также увеличен риск самоубийства. То же касается хронического болевого синдрома

# ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

при которых повышается риск самоубийства:

- депрессия (все формы);
- личностные расстройства (антисоциальное и пограничное расстройство с признаками импульсивности, агрессии и с частыми сменами настроения);
- алкоголизм (или злоупотребление наркотиками у подростков);
- шизофрения;
- органические психические расстройства;
- другие психические расстройства.

# Формы и способы получения очной медико-психологической помощи

## Формы:

Медикаментозное лечение

(психиатрическая помощь)

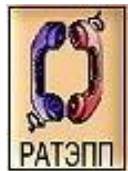
Медицинская (клиническая психотерапия)

Их сочетание

## Места получения:

- Психиатрическая больница,
- ПНД (психоневрологический диспансер)
- Кабинет психотерапевта или клинического психолога
- Кабинет социально-психологической помощи
- Кризисный стационар
- Наркологические диспансеры и больницы

## Группы повышенного РИСКА



- Молодые мужчины (в возрасте 15-49 лет);
- **Пожилые люди, особенно, мужчины;**
- Коренное население (нацменьшинства);
- Лица, страдающие психическими заболеваниями;
- Лица, злоупотребляющие алкоголем и/или наркотиками;
- Лица, совершавшие ранее суицидальные попытки;
- Заключенные;

# СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ

- В число наиболее частых симптомов депрессии входят: эмоциональная, идеаторная и моторная подавленность (заторможенность) – клиническая депрессивная триада



Консультанту стоит обратить также внимание на триаду Бека:

- Безднадежность (дальше будет только хуже)
- Беспомощность (никто не может мне помочь)
- Идеи самоуничтожения (крайне низкой самооценки)
  
- А также чувство одиночества.

Это не только симптомы, но и возможные направления работы, для изменения их на противоположные

# СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ

В число наиболее частых симптомов депрессии входят:

- чувство печали, тоски в течение всего дня и на протяжении длительного времени;
- потеря интереса к обычной деятельности;
- снижение веса (без соблюдения диеты) или прибавка в весе;
- увеличение или уменьшение продолжительности сна, слишком раннее пробуждение;
- постоянное чувство усталости и слабости;
- чувство своей никчемности, вины, безнадежности или беспомощности;
- раздражительность и беспокойство;
- нарушения внимания и памяти, неспособность сосредоточиться и принимать решения;
- повторяющиеся мысли о смерти и самоубийстве.



# СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ



- Снижение интереса к деятельности, потеря удовольствия от деятельности, которая раньше нравилась.
- Уклонение от общения: нежелание общаться со сверстниками, склонность к уединению.
- Изменения сна и/или аппетита (ест/спит больше/меньше, чем раньше).
- Вялость, хроническая усталость.
- Грустное настроение или повышенная раздражительность. Идеи собственной малоценности, никчемности.
- Телесное недомогание: головная боль, проблемы с желудком.
- Возможным проявлением депрессии может быть отклонение от общепринятых норм поведения: показная бравада, грубость, агрессия, демонстративные уходы из дома, употребление ПАВ.

# Национальные линии в России

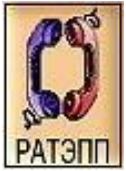


- Санкт-Петербург 8 800 200 47 03 (в рабочие дни с 18.00-09.00, а так же в выходные и праздничные дни) Телефон
- Ижевск 8-800-100-80-72 (круглосуточно) Молодёжный Телефон Доверия
- Уфа 8-800-7000-183 (?) Телефон доверия для молодежи и подростков
- Россия 8-800-2000-122 (круглосуточно) Единый телефон доверия для детей, подростков и родителей
- Россия 8-800-100-01-91 (Круглосуточно) Всероссийская круглосуточная бесплатная горячая линия для онкологических больных и их родственников
- Москва 8 800 200 0 200 (?) "Здоровая Россия"
- Москва 8-800-208 -800-775-17-17 (?) "Горячая линия МЧС"
- Москва 8 800 7000 600 (с 09.00 до 21.00) Всероссийский бесплатный телефон доверия для женщин, подвергшихся домашнему насилию
- Москва 8 (8000-24-00 (?)) Линия помощи - консультации по вопросам Интернет-угроз
- Санкт-Петербург 8-800-555-08-68 (Круглосуточно) Горячая линия Российской ЛГБТ-Сети для геев, лесбиянок, бисексуалов и трансгендеров

<http://ratepp.ru/load/99>



# Техники консультирования суицидальных абонентов



- Структурирование ситуации. Осуществляется с помощью соответствующих вопросов. В сознании клиента формируется объективная и последовательная картина психотравмирующей ситуации а ее развитии.
- Поиск источника эмоций. Обратившемуся предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния («Что именно в этой ситуации так вас ранит?»). Этот прием помогает осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.
- Преодоление исключительности ситуации. Используется в случае, когда клиент считает, что критическая ситуация (измена супруга, распад семьи и т.п.) складывается только у него в силу личностных недостатков и ошибочных действий.
- Психолог-консультант может тактично подвести клиента к мысли, что аналогичные ситуации встречаются в жизни достаточно часто.
- Однако А. Г. Амбрумова подчеркивает, что этим приемом следует пользоваться очень осторожно, так как он может нарушить общение, если клиент вместо поддержки услышит заявление типа: «Ваша ситуация банальна».

# Техники консультирования суицидальных абонентов



- Снятие остроты ситуации. Клиенты часто считают, что критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. В таких случаях консультант подчеркивает, что у обратившегося есть время на обдумывание и принятие решения.
- Терапия успехами и достижениями. Особенно эффективна для людей неуверенных в себе, застенчивых, с низкой самооценкой. Рассказывая о себе, клиент может сообщить и о своих трудностях, которые ему приходилось преодолевать. Психолог-консультант тактично подчеркивает эти успехи, формируя у собеседника представление о себе как личности, способной к преодолению трудностей.
- Этот прием напоминает подкрепление позитивных настроений, предложенное Фредериком (см.: Руководство по телефонному консультированию, 1996) и описанное нами выше.
- Планирование. Психолог-консультант побуждает клиента к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности (отличной от суицида, «замещающей суицид») (Амбрумова, Полеев, 1980).

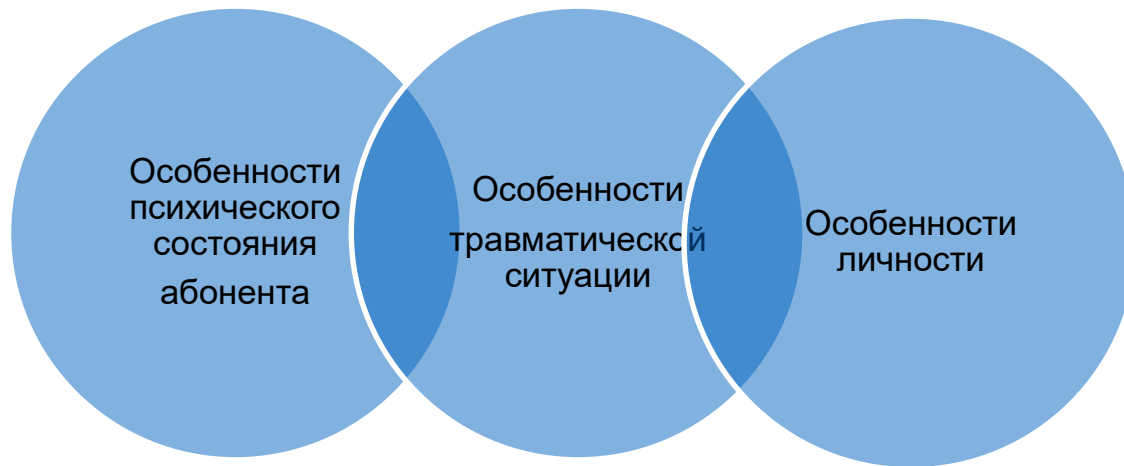
# Определение и значимые признаки

Острое эмоциональное состояние возникающее при блокировке жизненных целей

- 1) Связь с травматическим или катастрофическим событием (из клинической практики и кризисной психотерапии)
- 2) Переживается как болезненное состояние
- 3) Клинические критерии:
  - Наличие в недавнем прошлом ситуации опасной для жизни и здоровья человека
  - Исчерпание привычных способов реагирования
  - Истощение сил (Любая активность воспринимается, как ухудшающая положение)
  - Невозможность самостоятельного преодоления, вследствие истощания привычных ресурсов преодоления

# Факторы определяющие развитие кризисного состояния

(Амбрумова А. Г., 1971, Ефремов В.С., 2004)



# Базовые принципы кризисной интервенции



в соответствии с которыми действует консультант Телефона Доверия:

1. Безотлагательность. Психологическое вмешательство не может быть отсрочено.
2. Самоопределение. Абоненты компетентны и способны выбирать свой жизненный курс.
3. Действие. Консультант активен в оценке ситуации и формулировке плана действий.
4. Ограничение целей. Минимальная цель кризисной интервенции – предотвратить катастрофу. Более широкая цель – восстановление равновесия.
5. Поддержка. Консультант вместе с абонентом проходит через кризис.
6. Решение проблемы. Интервенция структурирует проблему абонента, приведшую к кризисному состоянию

# Алгоритм КРИЗИСНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

1. Определите травмирующее событие, степень его интенсивности.
  - Например, смерть близкого – интенсивное переживание горя.
  - Утрата – расставание, разлука, утрата нормальных функций из-за увечья – менее интенсивное горе, невозможность примириться с реальностью потери.
  - Кризисные жизненные ситуации: абонент или близкий стал жертвой насилия; событие, разрушившее привычную жизнь, привычные реакции, образ мышления.

## 2. Спросите, о чем он готов говорить. **говорить**

- «Это очень трудно, я понимаю, о чем Вы можете сейчас говорить...»;
- «Если я буду спрашивать что-то не то, останавливайте меня».

# 3. Определите степень участия абонента в событии:

- сам страдает или хочет помочь страдающему;
- непосредственный участник события или косвенный.

**Сам страдает:** – проговорите актуальные сильные чувства;

- выясните, чувствует ли вину в произошедшем:
- проверьте степень погруженности в образ потери
- «Каждый предмет, всякий человек напоминает мне о той трагической весне»;
- свойственно ли ему ощущение блеклости и опустошенности мира (потеря радости в жизни);
- идеализирует ли потери «Мы были счастливы, жили дружно. У меня никогда больше не будет такого мужчины»;
- злится ли на потерю «Как она могла оставить меня без поддержки в самый трудный год?»;
- говорит ли о собственной малоценности.



### 3. Определите степень участия абонента в событии:

#### **Хочет помочь страдающему близкому**

- проговорите с абонентом видимые признаки переживания:

– выраженные поведенческие расстройства:

«После чего поведение ЕГО ухудшилось»;

«Он стал приходить домой пьяным»;

– соматические нарушения сна, аппетита, боли в голове, животе; – подавленное настроение, страхи, плач.

#### **4. Определите актуальные потребности абонента в ситуации:**

«Как Вы хотите изменить свое состояние?»;

«Какую помощь Вы хотите ему оказать?».

## 5. Исходя из запроса абонента:

- проговорите реальную актуальную ситуацию и пути выхода из нее;
- обсудите способы примирения с утратой, возможные для человека;
- ищите разные способы: например, предложите волевым усилием запретить себе переживание («не распускаться»);
- поищите сферы переключения активности человека, находящегося в кризисном состоянии: работа, увлечения, отдых, полезная деятельность.

## 6. Определите суть кризисной ситуации

- Кризис жизни (закономерная, предвидимая жизненная ситуация, накопленная до невыносимости, внешне может быть даже хорошей).
- Случайный кризис обстоятельств – его невозможно предвидеть. Это цепочка случайностей, тоже накопленная до невозможности..

## 7. Дайте возможность абоненту ясно и подробно проговорить причины и ситуацию

Попробуйте аккумулялировать сказанное в одной фразе. Темы, которые могут быть затронуты абонентом:

**Смерть** – свидетель смерти, перед лицом своей смерти. Рушится иллюзия бессмертия, мир становится угрожающим, полным роковых случайностей.

**Несправедливость** – мир несправедлив, «зачем быть хорошим» – обесценивание усилий. «Но... Мы должны это сделать, чтобы остаться людьми».

**Вина** и связанные с ней долги, обязательства.

Аутодирективное поведение человека с чувством вины: за грехи, за то, что не сделал, не предотвратил. Вина выжившего за смерть другого.

**Изоляция** – опыт переживания настолько уникальный, что другим не понять. Лишь человек, испытавший подобное, может их понять. Обсуждается агрессия окружения.

**Бессмысленность** – неожиданная, беспричинная травма – человек выстраивает свой миф о произошедшем для того, чтобы объяснить и осмыслить происходящее.

## 8. Выделите те стороны ситуации

которые можно изменить (про них вы и будете говорить) от тех, которые изменить нельзя.

«Вы можете...»;

«Возможно ли...»;

«Вы допускаете мысль о...».

### 9. Определите, на каком этапе переживания горя находится абонент.

*Этап шока и оцепенения: «не может быть».* Время: несколько секунд – несколько недель.

Состояние:

- оцепенение (человек не страдает, не болеет, ничего не чувствует);

- утрата аппетита, малоподвижность, отсутствует активность, «одеревенелое» лицо, механические движения (об этом можно спросить);

- ощущение нереальности происходящего, оглушенность, бесчувственность (это можно почувствовать).

# Этап шока и оцепенения:

Опасности:

- в любой момент спокойное состояние может смениться острым «буйным»;
- чем сильнее затрагивается этот период, тем дольше и тяжелее последствия.

Нельзя:

- обвинять в эгоизме и недостаточности любви;
- упираться на мужество и силу воли;
- оставлять человека наедине с собой, выпускать из поля зрения, разрывать контакт.

Надо:

- присутствовать рядом с человеком (удерживать его в контакте, быть «здесь и сейчас»);
- как можно больше вступать с ним в телесный контакт: трогать, гладить, обнимать (приемлемо для очного консультирования);
- вызвать любые сильные чувства, которые выведут его из шока (злость, гнев, радость, слёзы и др.).

**ВНИМАНИЕ!** Как правило, на этом этапе человек не обращается за помощью сам. Общая рекомендация для абонента, звонящего по поводу помощи другому в утрате:

- по возможности сообщать о смерти близкого;
- брать на похороны.

# Этап страдания и дезорганизации.

Время: 6–7 недель. Состояние:

- трудно удержать внимание во внешнем мире, везде пробивается ощущение присутствия утраты;
- телесное недомогание, (слабость, утрата энергии, пустота в желудке, боли в горле, расстройство аппетита, сексуальные дисфункции). Это период острой душевной боли;
- тяжелые, странные и пугающие мысли (бессмысленность, отчаяние, одиночество, злость, страх, вина, тревога).

Опасность: – углубление чувства вины:

«Я знал, я мог предотвратить»;

«Это из-за меня»;

- человеку кажется, что чем больше мучения, тем лучше – как наказание за неделанное;
- тягостное переживание амбивалентных чувств в отношении потери: с одной стороны, идеализация потери, с другой – злость на потерю.

# Этап страдания и дезорганизации.

## Этап страдания и дезорганизации.

Надо:

- дать человеку побыть одному
- не торопить в расспросах, отдать инициативу в его руки:
  - «Вы можете говорить о чем угодно, так, как у Вас получается сказать; не следите за хронологией и правильностью речи».
- выслушать его, если просит, дать выплакаться, пожаловаться;
- прощать раздражительность и отсутствие обратной связи;
- включить человека по возможности в разговоры о работе, о реальной жизни, о будничных делах, обо всем, что поможет ему войти в привычный, нераздражающий ритм пересказа

# Этап остаточных толчков и реорганизации

Время: от 40 дней до года. Состояние:

входит в норму, умерший человек или травматическое событие уже не является средоточием жизни, горе становится редким отдельным приступом. В случае утраты человек сверяет свои поступки с нравственными нормами умершего.

Надо: помочь заглянуть в будущее, строить планы без умершего или в соответствии с изменением обстоятельств:

«Давайте подумаем о том, как возможно зарабатывать на жизнь теперь, когда Вашего мужа нет»;

«Многое изменилось в вашем восприятии жизни в результате того трагического события. Как можно стать счастливым несмотря на пережитое Вами?».



# Этап завершения.

## Этап завершения

Время: определяется культурой и личностью человека.

Состояние:

преодоление стереотипов: «чем дольше страдаешь, тем сильнее любил», «не выхожу замуж – сохраняю верность мужу». Образ потери занимает постоянное место в жизни, в воспоминаниях. Но это уже прошлое, а не настоящее, печаль, а не горе.

Надо:

– отличить культурный стереотип от реальных чувств человека:

«Принято считать, что об умершем нужно говорить только хорошее. Вы всегда относились к нему хорошо?»;



– помогите проговорить чувства в данный момент, особенно

противоречивые: «Трудно признать, что любишь (тоскуешь) и ненавидишь одного человека»;

– поместить образ умершего человека или травматического события в структуру воспоминаний, то есть думать о нем в



прошедшем времени: «Это произошло. Вы сделали выводы и будете вспоминать об этом в ситуациях, напоминая ту, в целях предотвращения подобной травмы».

# 10. Определите нормальное это горе или патологическое

**Нормальное горе** – постепенное переживание, самоисцеление, создание памяти.

## **Горе патологическое**

– когда человек застревает на одной из стадий. Тогда развивается посттравматическое расстройство личности.

Причины:

- конфликт с человеком перед его смертью;
- невыполненное обещание в отношении умершего; – обстоятельства смерти;
- «непохороненные мертвецы» – без вести пропавшие, не найденные, потерянные. В этом случае лучше обратиться к врачу, психотерапевту, психиатру лично;
- хроническое переживание травмы, постоянное возвращение в травмирующую ситуацию, неотработанные чувства.

# 11. Придумайте символическое разрешение мучительных чувств

Например, поговорить с фотографией, написать умершему письмо, сходить в церковь.

Предложите представить событие или человека и поговорить с картинкой:

«Попробуйте сейчас сказать то, что не успели»;

«Разозлись сейчас на агрессора, обругай, выскажи самые обидные слова»;

«Поплачь с ним, если бы он был рядом, о том, о чем вы не плакали наяву».

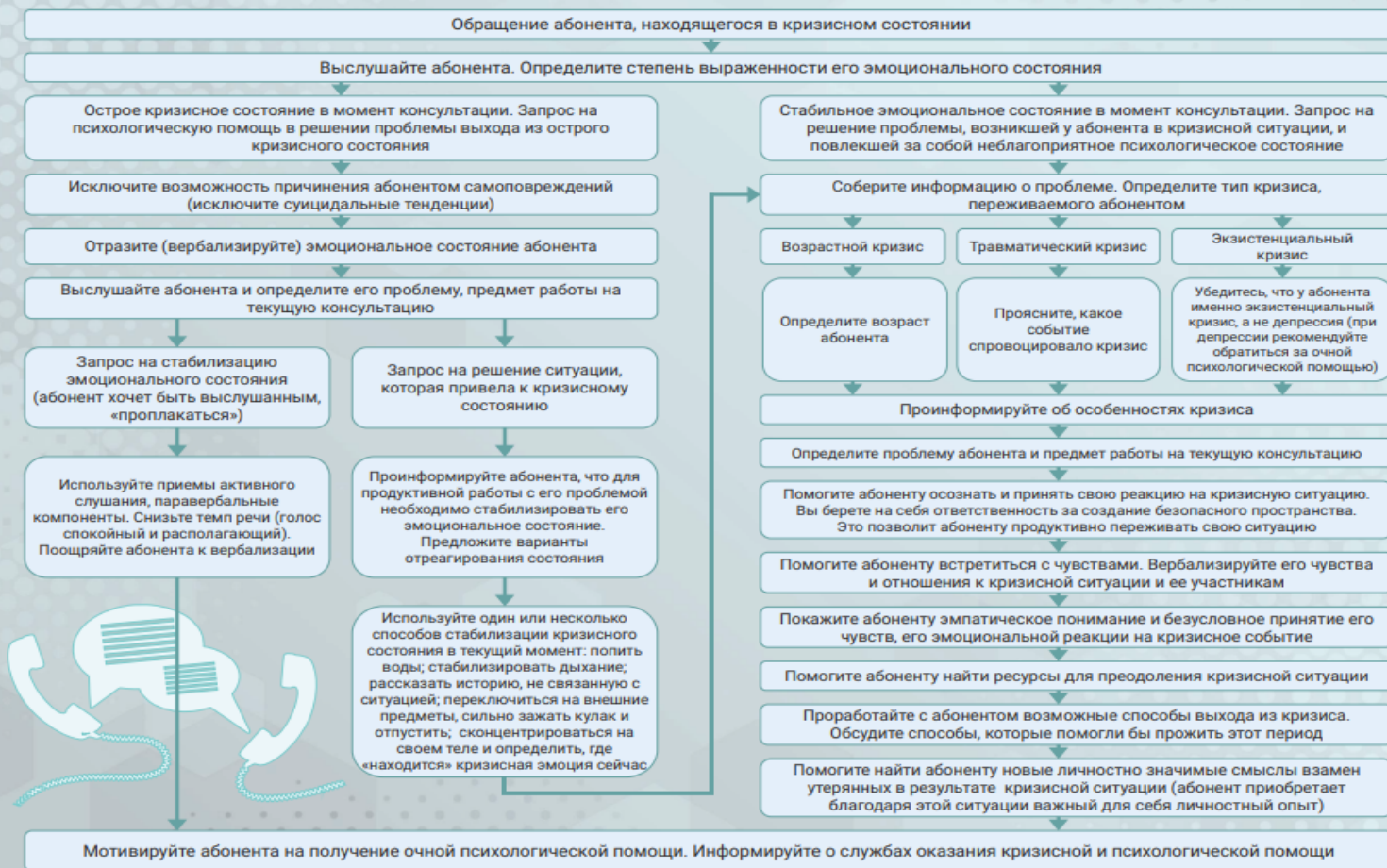
## 12. Попросите абонента описать, что он уже делал

поговорите о последствиях этих решений.

«Я пробовал убежать в другой город, чтобы ничто не напоминало мне о ней. Бесполезно. Воспоминания приходят по ночам».

## 13. Помогите принять решение, позволяющее снизить эмоциональное напряжение и принять травмирующее событие разумом.

- Проанализируйте решение с позиции достижимости и реализуемости.
- Разделите ответственность за принятие решения между вами и абонентом



# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Пишите



Андрей Камин Президент Российской Ассоциации Телефонной Экстренной  
Психологической Помощи

[president@ratepp.ru](mailto:president@ratepp.ru)

<http://ratepp.ru/index/0-5>

<https://vk.com/public62726415>

<http://ok.ru/group/52939952881894>

<https://tamtam.chat/ratepp>

<https://www.facebook.com/groups/ratepp/>

<http://t.me/s/ratepp>

<http://t.me/ratep2>

mob: +79055833659

skype: andrey.kamin

Hangouts: [kaminaa@yasnoeutro.ru](mailto:kaminaa@yasnoeutro.ru)