

Технологии дистанционного кризисного консультирования

Камин Андрей Александрович
Старший преподаватель кафедры
психологии и педагогики дистанционного обучения
факультета Дистанционного обучения МГППУ
Президент Российской Ассоциации Телефонной
Экстренной Психологической Помощи

История Телефонов доверия в России и мире

- В 1982 г. в Москве был открыт Телефон Доверия. Основатель - профессор Айна Амбрумова, доктор медицинских наук, руководитель Всесоюзного суицидологического центра.
- В К 1988 г. в России было открыто 5 ТЭПП.
- Первая специализированная детско-подростковая линия Телефона доверия появилась в Москве в 1989 году.
- https://www.youtube.com/watch?v=9Xnna_mc0_g



Историческая справка

В последние годы доинтернетной эпохи появилось много изданий в таком духе и научных работ о терапии письмами:

- Lereboullet, 1978;
- M.Rosenbaum, 1977;
- Бурно М.Е. Письма психотерапевта к пациентам: Материал в помощь лектору. Рига: Знание, 1978.
- http://afield.org.ua/force/b6_1.html
- Первые девять писем (вплоть до «В каждом кусочке Вашей жизни сверкает эгоцентризм») были опубликованы тиражом в 450экз. Под названием «Письма психотерапевта к пациентам» в 1978г. в Риге (общество «Знание» Латвийской ССР).
- В.Л. Леви «Разговор в письмах»,1982
- https://bookap.info/popular/levi_razgovor_v_pismah/gl3.shtm

История интернет консультирования

- *Иван Голдберг*, начиная отвечать на вопросы онлайн, рассказывал о лечении депрессии еще в 1993 году. Он отвечал на вопросы не на собственном популярном сайте "Центр исследования депрессии", а консультировал как добровольный консультант в группе психологической поддержки онлайн "Идущие в темноте". Он отвечал на вопросы о медикаментозном лечении депрессии и возможности психологической помощи при ее лечении.
- *Джон Грохол*, доктор психологии, предложил услугу бесплатного психологического консультирования на популярном чате в 1995 г.
- Никакое изучение истории «е-терапии» не будет полным без упоминания о добровольных консультантах кризисного центра (<http://www.samaritans.org.uk>). Эти добровольцы, прошедшие обучение, ежедневно отвечали на электронную почту от людей, находящихся на грани самоубийства с 1994, анонимно и бесплатно. В 2001г. только добровольные подготовленные психологи-консультанты отвечали на письма по e-mail от 64,000 человек.
- Платные услуги, предложенные широкой публике, начали появляться в Интернет в середине 1995 г. *Дэвид Соммерс*, может считаться пионером «е-терапии». Д. Соммерс применял несколько способов консультирования через Интернет: сначала использовал только электронную почту, но позже применял и беседы в реальном времени (чаты, ICQ) и видеоконференции.

Международные нормы деятельности телефонов экстренной психологической помощи

(Приняты Генеральной Ассамблеей IFOTES, Израиль, июль 1994 г.)

1. Службы неотложной телефонной помощи являются доступными в любое время для любого человека, желающего обратиться в них, независимо от его возраста, пола, конфессии или национальности.
2. Все звонящие имеют право быть выслушанными и право на уважение независимо от их верований, убеждений или личностного выбора.
3. Слушание производится неотложной телефонной службой помощи в духе доброжелательности и открытости по отношению к звонящему.
4. Детали всех звонков, особенно касающихся частной жизни звонящих, остаются абсолютно конфиденциальными.
5. Звонящие и слушающие имеют право оставаться анонимными — или звонящие и слушающие остаются анонимными.
6. Слушающие обычно являются добровольцами, отобранными, получившими подготовку и работающими под наблюдением (супервизией) с тем, чтобы постоянно улучшать качество слушания.
7. Слушающие не просят у звонящего никакого вознаграждения.

Инициативы Всемирной организации здравоохранения

В 1999 г. ВОЗ выступила с глобальной инициативой профилактики самоубийств под названием SUPRE (Предотвращение самоубийств).

□ Эффективные мероприятия

- Стратегии, направленные на ограничение доступа к распространенным средствам самоубийств, оказываются эффективными в уменьшении показателей самоубийств; однако необходимо принимать многосекторальные подходы, охватывающие меры вмешательства и виды деятельности на многих уровнях.
- Имеются убедительные фактические данные, свидетельствующие о том, что надлежащие профилактика и лечение депрессии, вредного употребления алкоголя и токсикомании, а также последующие контакты с людьми, пытавшимися совершить самоубийство, могут приводить к снижению показателей самоубийств.

Инициативы Всемирной организации здравоохранения

□ Проблемы и препятствия

- Во всем мире предотвращению самоубийств не уделяется надлежащего внимания, в основном, из-за недостаточной информированности о том, что самоубийства являются значительной проблемой, а также из-за того, что во многих обществах открытое обсуждение этой проблемы запрещено. В действительности, лишь немногие страны включили предотвращение самоубийств в свои приоритетные задачи.
- Необходимо прилагать значительные усилия для создания надежных систем регистрации самоубийств и связанной с ними отчетности.
- Очевидно, что для предотвращения самоубийств необходимы действия и за пределами сектора здравоохранения. Для этого необходим инновационный, комплексный многосекторальный подход, охватывающий как сектор здравоохранения, так и другие сектора, такие как образование, трудоустройство, полиция, правосудие, религия, законодательство, политика и СМИ.

Общенациональная информационная компания по противодействию жестокому обращению с детьми

- Компания проводилась в 2010 году, по поручению Председателя Правительства Российской Федерации Путина В.
- В России заработал единый номер детского телефона доверия 8-800-2000-122
- Другие федеральные службы www.ratepp.ru/load

Кризисное состояние

- 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.

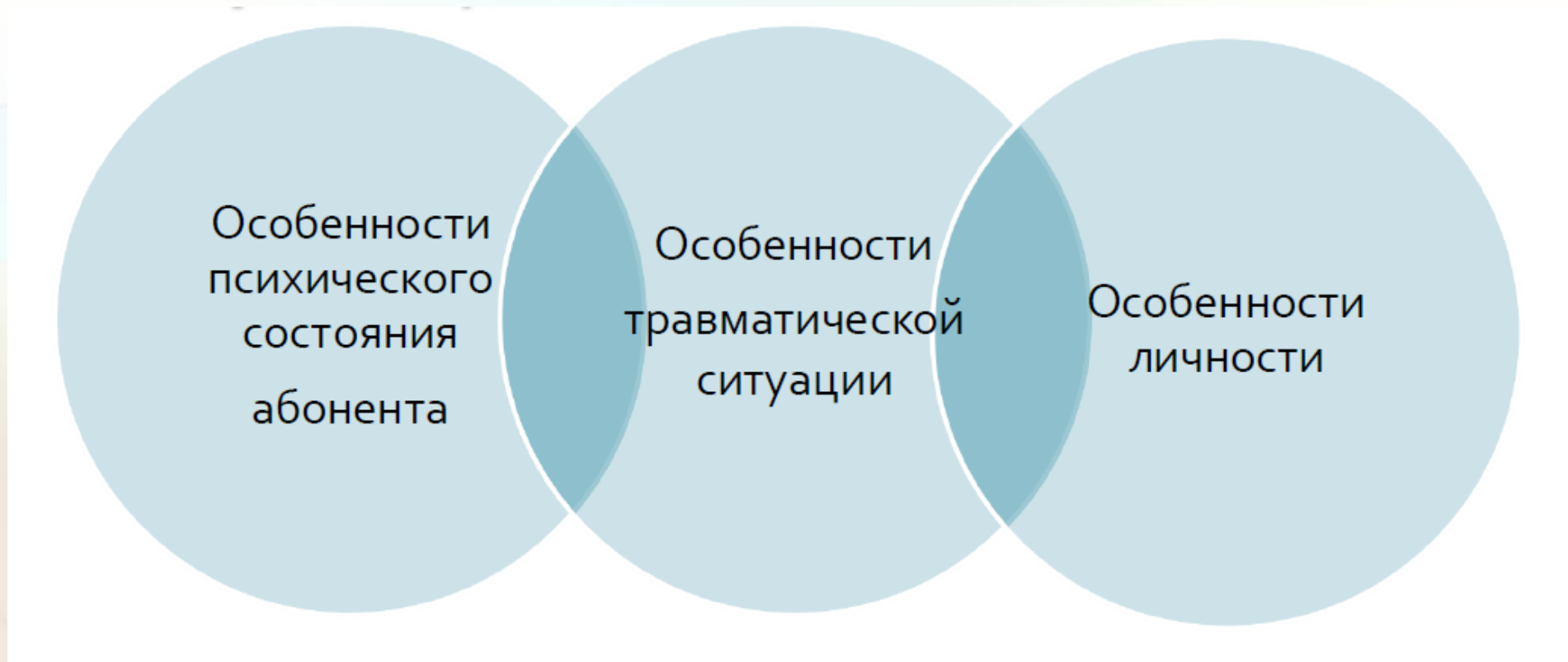
(Амбрумова А.Г., Полеев А.М., 1986)

«Патологический» кризис

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

(Карвасарский Б.Д.)

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.

Алгоритм кризисного консультирования

2. Спросите, о чем он готов говорить.

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

Алгоритм кризисного консультирования

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.

Алгоритм кризисного консультирования

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?».**

Алгоритм кризисного консультирования

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..

Алгоритм кризисного консультирования

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

- Попробуйте аккумулировать 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.

Алгоритм кризисного консультирования

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

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 сосредоточением 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

Время: определяется культурой и личностью человека.

Состояние:

- Преодоление стереотипов: «чем дольше страдаешь, тем сильнее любил», «не выхожу замуж – сохраняю верность мужу».

Образ

- потери занимают 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, напоминающих ту, в целях предотвращения подобной травмы».

Алгоритм кризисного консультирования

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;
- «не похороненные 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.

Алгоритм кризисного консультирования

11. Придумайте символическое разрешение мучительных чувств.

- Например, поговорить с фотографией, написать умершему письмо, сходить в церковь.
- Если это ребенок, предложите нарисовать событие или человека и поговорить с картинкой:
 - «Попробуйте сейчас сказать то, что не успели своему деду»;
 - «Чтобы ты прокричал террористам, если бы мог?»;
 - «Разозлился сейчас на агрессора, обругай, выскажи самые обидные слова»;
 - «Поплачь с ним, если бы он был рядом, о том, о чем ты не плакал наяву».

Алгоритм кризисного консультирования

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.

Оценка суицидального риска

Действия консультанта в ситуации, которую он оценивает как кризисную, а состояние абонента, как угрожающее суицидальным поведением:

- 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:

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.

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 так же наличие суицидальных попыток в прошлом.

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

Оценка суицидального риска

Высокая степень риска: наличии 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.

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 имеющихся отношении 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.

Факторы 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).

Первый эпизод депрессии

- Нужно понимать что для молодого возраста характерен первый эпизод депрессии.
- При этом у молодых людей нет еще тех механизмов совладания со своим эмоциональным состоянием, которые люди приобретают с опытом в зрелом возрасте.
- 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.

Действия в сомнительных случаях

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

1. Совершали ли Вы суицидальные попытки в прошлом?
2. Совершаете ли Вы суицидальную попытку в настоящий момент?
3. Планируете ли Вы суицидальную попытку в ближайшем будущем или на более отдаленный период?
4. Наносили ли Вы себе самоповреждения в прошлом, если да, опишите их характер?
5. Совершаете ли Вы самоповреждения в настоящий момент, если да, опишите их характер?
6. Планируете ли Вы самоповреждения в ближайшем будущем или на более отдаленный период, если да, опишите их характер. (Самоповреждения представляют опасность для жизни и здоровья, например, порезы, удушение, злоупотребление большими дозами лекарств и т.д. Но не выдергивание волос, скарификация (нанесение царапин) и т.п.).

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.

Волонтерский проект Со-действие

- Вебинары
- Асинхронное консультирование на форуме и в соц.сетях

<https://Ratepp.ru/forum/31>

- Первичная консультация

<https://vk.com/public62726415>

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

Источники:

- **Скавинская Е.Н.** Алгоритмы психологического консультирования в формате телефона доверия : учеб. пособие. – Томск : Томский государственный университет, 2012 – 162 с.

<http://ratepp.ru/publ/7-1-0-117>

- Практика телефонного консультирования: хрестоматия / ред. А.Н. Моховиков. –2-е издание, дополненное. – М.: Смысл, 2005. – 463с.

<https://psychoanalysis.by/2018/04/23/book-62/>