

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ (ТИПИЧНЫЕ СИТУАЦИИ В РАБОТЕ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ)*

Е.В. БУРМИСТРОВА**

Экстренная психологическая помощь в условиях нашей современной действительности осуществляется, по мнению автора, прежде всего, в рамках телефонного консультирования. В статье рассматриваются цели Службы экстренной психологической помощи (СЭПП), структура обращений абонентов на телефон доверия, дается анализ обсуждаемых тем. Представлено описание групп абонентов, звонки которых можно отнести, используя условную классификацию, к собственно «рабочим», «проблемным». Большое внимание уделяется одной из наиболее трудных категорий звонящих – категории так называемых «постоянных абонентов», к числу которых относятся абоненты с хроническими психическими расстройствами и абоненты, переживающие острую кризисную ситуацию. Приводятся критерии их дифференциальной диагностики и предлагаются стратегии неотложной психологической помощи тем и другим в ситуации кризиса.

Основная цель Службы экстренной психологической помощи (СЭПП) – научно-организационное обеспечение деятельности всех ее подразделений, развитие у населения навыков эмоционального самоконтроля, содействие умению пострадавших интегрировать травматический опыт других людей в свой жизненный опыт, а также – непосредственная психологическая помощь лицам, попавшим в кризисную ситуацию. Скорая психологическая помощь и необходимые социально-диспетчерские функции реализуются в деятельности Телефона доверия и Мобильной помощи.

* В статье рассматриваются обобщенные данные по работе «Телефона доверия» при центре экстренной психологической помощи МГППУ и антикризисных подразделениях ЦПМСС г. Москвы.

** *Екатерина Викторовна Бурмистрова* – кандидат психологических наук, зав. кафедрой психологии безопасности МПСИ.

Формирование команды специалистов, способных оказывать квалифицированную психологическую помощь населению в кризисных ситуациях, становится возможным на основе знания контингента клиентов, а соответственно и типичных ситуаций в работе СЭПП. Это заставляет со всей ответственностью относиться к изучению и анализу обращений в службы такого рода, содержание и характер которых должны быть предметом постоянного, специального и подробного рассмотрения.

Анализ литературы и практических разработок в данной области убеждает, что в нашей стране экстренная психологическая помощь осуществляется *только* в рамках телефонного консультирования. Отсюда вырастает вся важность, которую в существующих условиях приобретает анализ структуры обращений в службу телефонов доверия. Он позволит представить все многообразие обсуждаемых тем, а также значимость тех или иных проблем как для абонентов ТД, так и для предполагаемых клиентов сектора «мобильной помощи».

Структура обращений в ТД

К сожалению, сопоставление статистических данных, представленных разными центрами ТД, вызывает сегодня определенные трудности, ибо в данной службе как целостной системе пока еще не выработаны единые критерии и единая классификация, которые могли бы служить основой анализа. Кроме того, публикуя материалы о деятельности своих служб, авторы представляют наиболее общую картину обращений, степень детализации которой низка. Исследования, проводимые в центрах, служат для внутреннего пользования и недоступны для других. Эти сложности отражают естественные проблемы становления телефонной помощи в нашей стране. В виду указанных причин мы акцентируем внимание лишь на некоторых практически значимых аспектах и характеристиках обращений, используя для этого ряд самых общих показателей.

Соотношение: «мужчины/женщины». Практически для всех служб ТД характерно выраженное преобладание среди абонентов лиц женского пола. Их доля колеблется от 60 до 75%, статистически достоверные данные фиксируют показатель на уровне 65%.

Низкий процент обращений мужчин в службу ТД обусловлен культурными стереотипами: традиционно, поиск мужчиной психологической помощи ассоциируется с немужским типом поведения. Не случайно обращения мужчин, если таковые имеются, облекаются в форму поиска необходимой информации. Превалирующий мотив обращений – желание разобраться в ситуации, получить объяснение по поводу поведения значимого другого, помочь в анализе сложной жизненной ситуации. И хотя в

подтексте разговоров иногда явно прослеживается потребность в сопереживании, формально взаимодействие с абонентами мужского пола звучит в рациональном ключе.

Периодичность обращений. Данный показатель весьма интересен с психологической точки зрения. Он не часто встречается в статистических отчетах, поскольку его вычисление представляет определенную трудность.

Выделяются три группы обращений: первичные, повторные (повторяющиеся 2-3 раза) и регулярные (так называемые, постоянные клиенты). Сотрудникам одного ТД удалось в половине (50,6%) случаев обращений определить доли (в процентном исчислении), или частотность каждого из этих видов. Получены следующие данные:

первичных звонков – 55,2%;

повторных – 18,6%;

регулярных – 26,2%.

Как мы убедимся далее, эти данные могут колебаться, однако для всех служб ТД характерно выраженное преобладание первичных обращений. Правда, надо заметить, что в реальности дифференцировать первичное обращение от вторичного – достаточно сложно. Например, каждая служба ТД сталкивается с ситуацией, когда один и тот же абонент обращается с одной проблемой к разным сотрудникам, говоря при этом, что звонит впервые.

Есть и другие «подводные камни», о которых следует помнить при анализе статистических данных.

Так, в графу «регулярные обращения» попадают именно обращения как таковые. Их количество может быть достаточно большим. В то же время число постоянных клиентов у того или иного консультанта оказывается ограниченным: свою потребность в регулярности этого общения они не афишируют. Иначе говоря, постоянные клиенты составляют ощутимую долю за счет высокой частоты обращений.

В целях повышения эффективности функционирования службы в целом необходимо выработать единые принципы взаимодействия с отдельными группами постоянных клиентов, учитывая их специфические особенности. Целесообразно также вести учет постоянных абонентов и сообщать о них новым сотрудникам.

Некоторые общие данные, отражающие характер и содержание звонков одних и тех же абонентов на ТД, представлены в табл. 1.

Структура обращений на ТД

<i>Характер и содержание обращения</i>	<i>%</i>	<i>Абсолютная величина</i>
«Молчаливые» звонки	31,0	3583
Межличностные проблемы	20,0	2306
Справочно-информационные вопросы	13,4	1550
Проблемы занятости, досуга и финансов	12,1	1402
Проблемы здоровья	9,2	1058
Психические травмы	4,5	531
Употребление алкоголя и токсических веществ	2,2	249
Сексуальные проблемы	1,8	203
Проблемы законности и правопорядка	1,5	171
Духовные, религиозные проблемы	1,2	138
Проблемы суицида	1,1	132
Другое	2,0	230

Как свидетельствуют представленные в таблице данные, в общей структуре обращений преобладают звонки, посвященные проблемам межличностных отношений. Такое преобладание отмечается всеми службами ТД. Фактически каждый пятый из позвонивших обеспокоен трудностями в отношениях с близкими людьми – членами семьи, любимыми, друзьями и подругами. Ссоры, конфликты, непонимание, трудности общения, переживание одиночества, проблемы знакомств – эти темы звучат рефреном в подавляющем большинстве звонков.

Распределение обращений на ТД по наиболее часто встречающимся темам и проблемам представлено в таблицах 2-11.

С целью определения проблем, наиболее характерных для той или иной возрастной группы клиентов, мы воспользовались периодизацией, разработанной Э.Эриксоном в рамках его эпигенетической концепции развития личности. На основе этой картины развития, а также с учетом современной культурно-исторической ситуации в нашей стране получена следующая гипотетическая модель ожиданий возможных обращений.

Дети до 6 лет могут обращаться на Телефон доверия самостоятельно или с помощью взрослых за информацией по различным вопросам. В этом

**2. Распределение обращений по проблемам
межличностных отношений**

<i>Проблемы</i>	<i>%</i>
Межличностные взаимоотношения	44,9
Одиночество	13,1
Родительские проблемы	10,8
Супружеские проблемы	9,4
Проблемы знакомств	8,4
Семейные проблемы	6,7
Социальная изоляция	2,7
Адаптационные проблемы	2,2
Неполная семья	1,8

**3. Структура обращений на ТД
по справочно-информационным вопросам**

<i>Цель звонка</i>	<i>%</i>
Справки о деятельности и режиме работы ТД	60,6
Информирование по вопросам самого широкого спектра спектраспектра	39,4 I

**4. Распределение обращений
по проблемам занятости и финансов**

<i>Проблемы</i>	<i>%</i>
Развлечения и досуг	29,7
Примитивно-развлекательные звонки	16,7
Школа	13,4
Работа	12,2
Занятость и активность пограничных личностей и психически больных	10,3
Финансы	4,5
Неуверенность в будущем	3,0
Жилищные проблемы	3,8
Проблемы службы в армии	2,9
Жизненные потребности	3,3
Пенсия	0,2

5. Структура обращений, обусловленных проблемами здоровья

<i>Проблемная область</i>	<i>%</i>
Эмоциональные расстройства	39,0
Лечение болезней	15,7
Соматические, неврологические болезни	9,9
Психические болезни	9,7
Инвалидность	7,0
Беременность	5,3

6. Структура обращений, обусловленных психическими травмами

<i>Вид травмы</i>	<i>%</i>
Вербальная (физическая) травма	36,9
Супружеская травма	25,0
Агрессивный абонент	17,3
Родительская травма	6,2
Смерть близкого человека	5,3
Сексуальная травма	5,1
Детская травма	2,8
Обидчик детей	1,4

7. Структура обращений по проблемам злоупотребления токсическими веществами

<i>Вид злоупотребления</i>	<i>%</i>
Алкоголь	49,8
Наркотики	23,7
Алкогольное (токсическое) опьянение	20,9
Токсикомания, токсические вещества	5,6

8. Структура обращений, обусловленных сексуальными проблемами

<i>Причина обращения</i>	<i>%</i>
Сексуальная озабоченность	66,0
Различные сексуальные дисфункции, в том числе импотенция	26,6
Гомосексуализм	7,4

9. Структура обращений по проблемам законности и правопорядка

<i>Вид проблем</i>	<i>%</i>
Юридические (развод и т.д.)	44,5
Связанные с асоциальной или противоправной деятельностью	36,8
Эмиграционные	18,7

10. Типология обращений на ТД абонентов-суицидентов

<i>Содержание обращения</i>	<i>%</i>
Суицидальная угроза	72,7
Суицидальная попытка	12,2
Суицидальное поведение третьего лица	8,3
Повторные попытки	6,8

11. Структура прочих обращений на ТД

<i>Цель звонка</i>	<i>%</i>
Недифференцированные обращения	47,0
Благодарность за оказанную помощь, поздравления	53,0

возрасте у ребенка развиваются базовые психосоциальные установки, поэтому вполне естествен интерес к проблемам межличностных отношений, утраты любимых животных или принадлежащего им имущества, занятости и досуга, другими словами, к проблемам, возникающим в «маленьких сообществах» – семье, детском саду.

У детей 7-11 лет обостряется интерес к устройству разных вещей в мире и их освоению. Это обуславливает запросы, связанные с поиском информации. Не утрачивают своей значимости и проблемы занятости и досуга. Развивающаяся способность к социально-нормированной деятельности определяет ожидание обращений по вопросам межличностных отношений и адаптации. Возникают проблемы самооценки.

12-18 лет – всплеск проблем межличностных отношений и сексуальных проблем. Можно ждать проявлений внутри личностных конфликтов, обусловленных поиском собственной идентичности (Э.Эриксон), которая активно развивается в этом возрасте. Неудачи в этой области чреваты угрозой суицида. Остро встают проблемы самооценки, уровня при-

тязаний, борьбы мотивов, обостряется ощущение одиночества. Как проявления субъективного чувства взрослости в эти годы нередко возникают проблемы курения, злоупотребления наркотиками, алкоголем, химическими и фармакологическими препаратами. Не утрачивают своего значения поиск информации, проблемы занятости и досуга.

В 18-25 лет формируется потребность в интимной близости с другим человеком и во взаимопонимании. Альтернативой выступает чувство одиночества. Таким образом, от данной возрастной группы можно ожидать значительного количества обращений по поводу социальной адаптации, внутри- и межличностных конфликтов и, как следствие, трудностей их разрешения, звонков, связанных с проблемами суицида. По-прежнему важное место могут занимать проблемы занятости, досуга; расширяется сфера сексуальных интересов. Тематика различных злоупотреблений в этом возрасте также остается актуальной, отражая поиск средств, которые позволяют уйти от возникших проблем. Обращений в поисках информации должно стать меньше, так как у молодых людей появляются другие ее источники.

В 25-50 лет, в основном, уже определен род занятий и стиль жизни; практически сформирована способность и потребность вовлекаться в судьбы людей за пределами узкого семейного круга, однако с течением лет все большее место занимают дела собственной, ядерной, семьи; на протяжении данного периода неоднократно встает проблема смысла жизни. Это значит, что от абонентов этой неоднородной возрастной группы можно ждать обращений по поводу профессиональных и семейных проблем, отношения к себе и к миру. Вероятно увеличение обращений по проблемам собственных детей. Количество же обращений по поводу занятости, досуга, секса, поиска информации должно, скорее всего, снизиться. С возрастом может ухудшиться здоровье, и это тоже отразится на проблематике телефонного диалога.

Время **после 50 лет** – пора анализа и оценки прожитого и пережитого, подведения предварительных, а иногда и окончательных итогов. Внутриличностные конфликты, конфликты с окружающими, проблемы занятости и досуга (у пенсионеров) и, естественно, проблемы здоровья. Возможен и поиск психологической поддержки в связи с суицидальными мыслями.

Социально-психологические особенности абонентов ТД

Постоянные абоненты и специфика оказываемой им помощи

По классификации Международной федерации телефонной экстренной помощи к числу постоянных абонентов относятся люди, полу-

чающие длительную психологическую помощь (от 2-3 месяцев до нескольких лет).

На наш взгляд, составление типологии постоянных клиентов является труднодостижимой целью. Всякая схема, накладываемая на реальность живого диалогического взаимодействия, в какой-то степени перестает работать, ибо любой критерий, принятый в качестве основания для строгой классификации, как бы хорош он ни был, обнаруживает свою слабость при попытке распространить его на все многообразие индивидуальных случаев. Выходом из столь затруднительной ситуации является выделение групп обращений, наиболее часто встречающихся в практике ТД. Приведем краткую характеристику некоторых из них.

Наиболее значительные группы постоянных абонентов, условно обозначенные как *А* и *Б*, описали на основе анализа своего опыта сотрудники Всесоюзного суицидологического центра.

Группа А включает личности, сочетающие чрезмерную чувствительность и впечатлительность с высокими моральными требованиями к себе и окружающим. В основе характера таких абонентов обнаруживается выраженное в разной степени чувство собственной неполноценности, обуславливающее их замкнутость, ранимость, склонность к снижению настроения. В целом данная группа представляется близкой широкому кругу астеников. Телефонная помощь представляется таким лицам гораздо более привлекательной, чем личное обращение.

В данную группу обычно входят лица молодого возраста – от 18 до 30 лет, преимущественно женщины, в силу особенностей своего характера переживающие различные конфликты, как правило, в лично-интимной или семейной сфере. В большинстве случаев эти клиенты хорошо адаптированы в профессиональной области, что объясняется присущим им чувством долга, ответственности, дисциплины.

В отдельных случаях абоненты данной группы воспитывались в условиях скрытого эмоционального отвержения, испытывали затруднения в отношениях с родителями. Страдая в детстве из-за отсутствия близких эмоциональных отношений, некоторые абоненты данной группы, в соответствии с механизмом повышенной значимости фрустрированной потребности, обладают выраженным стремлением к эмоциональной привязанности, к принятию их значимыми другими. При возникновении каких-либо, даже незначительных затруднений в данных отношениях, обусловленных их естественным течением, такие лица склонны обвинять себя, ощущать собственную несостоятельность. Ввиду тревожной мнительности, постоянных самоукоров и самобичевания в сочетании с нерелигиозными требованиями к себе и другим, их существование лиша-

ется радости. Кроме того, из-за недостаточной социализации в поло-ролевой сфере их установки в эмоциональном общении отличаются чрезмерным пуританством, что накладывает свои ограничения на партнерские отношения с лицами противоположного пола.

Терапевтические мишени: Главной из таковых представляется повышенная потребность в принятии значимым другим, выступающая в сочетании с недостаточным самопринятием. Также нуждаются в коррекции чрезмерная закрытость и пуританство. Поскольку проблемы лиц данной группы обычно не достигают уровня кризиса, в психотерапии можно использовать всю гамму приемов, включая конфронтацию.

Группу Б составляют лица с переживаниями одиночества. Эти люди могут быть одиночками в социальном плане – не создавшими либо утратившими семью, или иметь недостаточную социализацию, то есть страдать из-за отсутствия эмоциональных контактов, несмотря на формальное наличие семьи, родных. Группа включает в себя и соматически инвалидизированных лиц, одиночество которых является в значительной степени вынужденным. Одиночество не только приводит к субъективно тягостным переживаниям, но и потенциально содержит в себе опасность добровольного ухода из жизни. Последняя велика у лиц, чье одиночество связано с утратами значимых других, особенно в условиях, когда остается не сформированной известная переносимость данного эмоционального состояния.

У лиц, утративших человека, к которому они были эмоционально привязаны в течение многих лет, даже спустя длительное время после утраты обнаруживаются интенсивные отрицательные эмоции: тоска, ощущение неудовлетворенности жизнью. Формирование же новых значимых эмоциональных отношений для большинства абонентов данной группы оказывается невозможным по причине возраста.

Для всех абонентов рассматриваемой группы, особенно соматически инвалидизированных лиц, характерны повторные обращения в ночные часы, так как большинство из них страдает нарушениями сна.

Помощь пожилым абонентам, утратившим значимые эмоциональные отношения, а также соматически инвалидизированным лицам состоит, прежде всего, в отвлечении от травмирующих переживаний и переключении на эмоционально положительные.

В ходе длительного контакта, продолжающегося порой на протяжении нескольких лет с периодичностью 1–2 беседы в неделю, обнаруживается, что абоненты данной группы постепенно предъявляют все меньше жалоб на свое соматическое состояние. Они начинают больше интересоваться окружающей действительностью, используют все возмож-

ности для общения, которые им еще дарит их жизнь. Со временем работа со многими из них утрачивает непосредственный терапевтический характер и становится формой просто дружеского общения.

По нашим данным, ту же самую категорию *постоянных абонентов* можно условно разделить на следующие группы:

1) *кризисные абоненты* – лица, переживающие кризис, который имеет решающее значение для их дальнейшей судьбы и сопровождается выраженным эмоциональным напряжением;

2) *проблемные абоненты* – испытывающие затруднение в разрешении некой текущей конфликтной ситуации, хотя и значимой, но, тем не менее, не являющейся для них жизненно важной;

3) абоненты, находящиеся в состоянии *хронической социально-психологической дезадаптации и эмоционального напряжения* ввиду не столько ситуационных, сколько личностных факторов. Подавляющее их большинство составляют одинокие люди, зачастую страдающие психоэмоциональными расстройствами. Эти абоненты нередко отказываются от предлагаемой помощи, фантазируют и придумывают разные истории, разговаривают подолгу и с разными консультантами. Будучи крайне угнетенными своими жизненными обстоятельствами, порою чувствуя себя на пороге самоубийства, они устанавливают с консультантами ТД отношения зависимости, от которых, как правило, очень трудно отказаться, несмотря на то, что иной раз общаться с ними бывает крайне тяжело.

4) *Абоненты с хроническими психическими заболеваниями*. Эту группу регулярных абонентов следует выделить особо. Сама по себе она может быть и небольшой, однако по степени интенсивности обращений намного превышает остальные. Например, доля звонков, представленная всего лишь одним «очень постоянным» абонентом, составила 7,16% от общего количества звонков.

Как показывает практика, общение с этими людьми вызывает определенные трудности у консультантов ТД, особенно начинающих.

Взаимодействие с абонентами данной группы может не нести психотерапевтической (психокоррекционной, консультативной) нагрузки, а выступать преимущественно в форме *социальной поддержки*.

Существует потенциальный риск увеличения количества абонентов данной группы, и для большинства территорий, где сегодня работают телефоны доверия, уже стал реальностью рост числа звонков от данного контингента. На наш взгляд, это явление может быть обусловлено характерной для современной психиатрии тенденцией, которая выражается в стремлении сократить пребывание больного в клинике с тем, чтобы его реабилитация проходила в нестационарных условиях. Специфические

социально-экономические условия нашей страны негативно влияют на развитие форм социально-психологической реабилитации душевнобольных.

Высказанные замечания позволяют понять, насколько нелегки проблемы, с которыми ежедневно сталкиваются телефонные консультанты. Здесь важно, во-первых, обладать хотя бы элементарными знаниями в области психиатрии; во-вторых, располагать возможностью, в случае необходимости, получать квалифицированную консультацию специалиста-психиатра.

Необходимый *минимум профессиональной подготовки* специалиста, позволяющий определить наличие психического расстройства у абонента, предполагает осведомленность относительно следующей симптоматики:

1. Возникновение резко выраженных изменений в повседневном поведении (избыток или отсутствие сна, аппетита, появление рассеянности или не свойственного данному человеку избыточного возбуждения); появление у него необычных бытовых проблем и проблем с окружающими людьми.

2. Затруднения в сфере мышления и общения.

3. Мания, навязчивые состояния (упорные, ничем не оправданные попытки развернуть какую-нибудь, не подходящую по отношению к месту и времени деятельность, доминанта на какой-либо нереальной идее и т.д.).

4. Негативизм, в том числе отказ от предлагаемой помощи.

5. Злоупотребление алкоголем или наркотиками. Поскольку и пьяный собеседник может находиться в состоянии глубокого душевного кризиса, консультанты СЭПП обычно не отказываются от разговора с ним, хотя общение нередко обещает быть очень трудным: абоненты такого рода склонны все время повторять одно и то же и прервать их речь практически невозможно.

Вот некоторые советы, которые позволят консультанту придать ограничительные рамки коммуникациям данного вида:

- по мере возможности попытайтесь сократить разговор;
- старайтесь построить свою речь таким образом, чтобы не впасть в анализ глубоких проблем и деликатных тем, этим вы оградите собеседника от последующих в период похмелья сожалений, вызванных своей чрезмерной откровенностью;
- в период похмелья попробуйте понять, в чем заключается та возможная проблема, от которой абонент пытается убежать с помощью алкоголя;

- предложите абоненту позвонить повторно, в трезвом состоянии;
 - постарайтесь дать почувствовать абоненту свою человечность и убедите его в том, что он услышан и понят.
6. Длительная депрессия (не просто подавленность, а наличие клинических признаков – расстройство суточного режима, слабость, отсутствие аппетита и т.д.).
 7. Иллюзии и галлюцинации.
 8. Неспособность справляться с повседневными делами.
 9. Колебания настроения.
 10. Чрезмерные страхи, тревога.
 11. Сильное ощущение угрозы и беспокойства.
 12. Мысли о самоубийстве или угрозы осуществить этот акт.
 13. Избегание людей, изолированность.

Проявление у человека подобных признаков может быть расценено как сигнал серьезного душевного заболевания. Сложность, однако, заключается в том, что та же самая симптоматика может сопровождать и обычный нервный срыв, быть следствием усталости или психической травмы. Окончательное суждение о том, что именно происходит с человеком, может вынести только специалист-психиатр после всестороннего обследования пациента.

В заключение этого раздела кратко остановимся на основной, профилирующей группе ТД – *кризисных абонентах* (группа 1, в соответствии с нашей классификацией), которых надо уметь дифференцировать от рассмотренной выше категории постоянных клиентов ТД – хронических душевнобольных.

Кризисная ситуация, побудившая человека обратиться за помощью, чаще всего находится в сфере семейных, интимно-личностных взаимоотношений: супружеская измена, уход одного из супругов из семьи, разрыв с любовным партнером и др. У лиц более зрелого возраста перечисленные проблемы дополняются конфликтами с детьми, часто жилищно-бытового характера. У пожилых людей на первый план выходит проблема одиночества. Тяжело переживаются ситуации, связанные с утратой значимого другого – ребенка, супруга, родителя. В подобных случаях психотерапевтическое воздействие представляет особую трудность ввиду необратимости потери и тяжести состояния клиента. Определенная часть обращений за неотложной психотерапевтической помощью может быть обусловлена проблемами здоровья, например установлением пациенту диагноза тяжелого соматического заболевания или сообщением о предстоящем серьезном оперативном вмешательстве. В настоящее время возросла группа абонентов (особенно среди мужчин), обеспокоенных крити-

ческими ситуациями, развивающимися в профессиональной сфере и часто дающими повод для суицидальных мыслей и поступков.

Лица, переживающие кризис, в подавляющем большинстве случаев испытывают повышенную потребность в межличностных контактах, которые им необходимы для аффективного отреагирования и получения эмоциональной поддержки. Им свойственна несколько повышенная внушаемость, они более открыты для восприятия чужого мнения. Во многих случаях эти люди, прямо или косвенно, сообщают о навязчивых суицидальных мыслях: «Хочется уснуть и не проснуться», «Я не живу, а мучаюсь», «Чем так жить – лучше умереть» и др. Очень часто близкие люди, а также консультанты, имеющие недостаточный опыт работы с кризисными абонентами, недооценивают такие высказывания, воспринимая их как демонстративные.

Ниже рассматриваются критерии, позволяющие дифференцировать кризисных абонентов и абонентов с хроническими душевными расстройствами, а также стратегии психологической помощи тем и другим.

Дифференциальная диагностика и психологическая помощь в кризисной ситуации

У людей, страдающих хроническими психическими заболеваниями, подчас сохраняется изрядный запас простых человеческих переживаний, как позитивного свойства, так и негативного. В состоянии ремиссии они способны испытывать разнообразные чувства, в том числе и такие переживания, не имеющие с патологией ничего общего, как горе, отчаяние, могут также переживать и острую кризисную ситуацию.

Для сотрудника СЭПП принципиально важна способность дифференцировать непатологическую кризисную ситуацию от психиатрического обострения. Данный вопрос является ключевым в определении не только тактики поведения с душевнобольными, но и сути кризисной поддержки (последняя – профилирующее направление в деятельности службы неотложной психологической помощи).

Житейская точка зрения склоняется к убеждению, что душевнобольному вредно испытывать отрицательные эмоции, естественно возникающие в связи с объективно возникшей кризисной ситуацией: его следует уберечь от потенциально травмирующей информации. С позиции гуманистических принципов, развиваемых в психиатрии и психологии, подобная точка зрения ошибочна. Хотя острый кризис в ряде случаев, действительно, способен вызвать обострение психического заболевания, этого не произойдет, если больному удастся своевременно найти поддержку, выразить свои эмоции, почувствовать себя не одиноким в своем горе, более

того, кому-то нужным. Ведь не горе само по себе приводит к психиатрическим осложнениям, а невозможность адекватно отреагировать, разделить свою боль с понимающим человеком.

По своим внешним проявлениям состояние кризиса и начинающееся обострение проявляются сходным образом. И в том и в другом случае эмоции могут быть бурными, мышление выглядеть нарушенным, умозаключения – более чем странными. Чтобы различать их, следует помнить о *некоторых особенностях непатологической кризисной ситуации*.

1. Наличие *причины* (психотравмы). В скрытом или явном виде за любой кризисной ситуацией стоит ощущение непоправимой утраты, будь то потеря близкого человека или жизненных перспектив, социального престижа, денег, любимого домашнего животного и т.д. В ходе доверительного разговора это довольно быстро выясняется. Больной в стадии обострения также может усматривать в своей жизненной ситуации некий повод для бурных переживаний, но причинно-следственная связь при этом или отсутствует, или является плодом фантазии. А повод может несколько раз трансформироваться даже в течение одного разговора.

2. Наличие *динамики* в переживаниях. Разговаривая с человеком, переживающим кризис, мы, выражаясь метафорично, обрабатываем, лечим его душевную рану психологическими средствами. Он реагирует на наши прикосновения: когда мы задеваем рану, ему становится больно, когда нам удастся смягчить болезненность, осуществить своего рода психологическую анестезию, человек вздыхает с облегчением, меняются его интонация и состояние. При обострении душевной болезни динамика переживания задана, скорее, логикой внутреннего «раскручивания», и мы мало что можем изменить в потоке мышления и в переживаниях больного. Его ответ на внешние реакции носит условно-формальный характер.

3. Наличие *рефлексивно-критического потенциала*. Человека, находящегося в кризисной ситуации, можно остановить, предложить ему «взглянуть в зеркало» нашего слушания, чтобы увидеть происходящее со стороны и оценить его. При обострении психического заболевания осуществить такую рефлексивную остановку практически невозможно. Клиент тотально некритичен, часто, боится увидеть ситуацию объективно, пугается приступов потери реальности и игнорирует обратную связь. Таким образом, при кризисе от «рассматривания» и исследования ситуации становится легче, при обострении – тяжелее. Приглашение к рефлексии может быть встречено агрессивно, с раздражением и подозрительностью.

Телефонная психотерапия благодаря своей доступности и анонимности является одной из наиболее эффективных форм помощи в кризисных

состояниях. При этом главная задача консультанта состоит во внимательном отношении к чувствам позвонившего. Слушающий должен учитывать, что у человека в состоянии кризиса настроение снижено, даже если он этого не проявляет в течение телефонного разговора или ему удалось подавить свои чувства.

Неотложная помощь людям, находящимся как в кризисной ситуации, так и в стадии обострения болезни и обратившимся в СЭПП, включает *три основных этапа*.

Первый этап – кризисная поддержка. Она заключается в установлении доверительного контакта, подробном анализе проблемы и выяснении личностных особенностей абонента.

На *втором этапе* происходит интеллектуальное овладение ситуацией.

На *третьем* – планирование деятельности и сообщение чувства уверенности клиенту.

При этом решающая роль в экстренной помощи принадлежит первичной беседе, требующей от консультанта максимальной отдачи душевных сил и временных затрат.

В.Джонс в своей книге «Азбука помощи в кризисном положении» описывает действия консультанта ТД на каждом этапе работы с больными, а также переживающими кризис клиентами.

1. *Установление отношений:*

- старательно слушай, чтобы понять, что говорящий ощущает и переживает, проверяй, понял ли ты, о чем он говорит, чтобы почувствовать, на той ли ты волне, что и он;
- проявляй свое участие и интерес к делам позвонившего;
- попроси его рассказать о своем кризисе: когда он начался, как развивался и что клиент чувствует сейчас;
- дай ему понять, что ты хочешь вместе с ним подумать и найти выход.

2. *Уточнение проблемы:*

- помоги позвонившему разделить проблему на части;
- помоги выделить те аспекты проблемы, в отношении которых ничего нельзя предпринять; объясни, что на эту сторону дела не следует тратить ни сил, ни времени;
- попроси его подумать и рассказать о возможных путях решения проблемы;
- поддержи в поиске других путей решения, посоветуй новые возможные способы: «А что, если бы вы...»;
- помоги ему решить, какие возможности следует испытать, попробовав их использовать.

3. *Побуждение к действию:*

- поддержи позвонившего в его решении претворить свой план в жизнь, помня при этом, что план должен быть реалистическим, а цели – достижимыми;
- ободри его относительно того, с чего и как начать;
- если мысль о действии ему неприятна, не настаивай, чтобы не создавать напряженность;
- внуши, что будешь его поддерживать и в дальнейшем;
- ничего не делай вместо позвонившего – он сам должен совершенствовать свою личность;
- подчеркни, что даже если он сделает что-то очень простое, стараясь исправить свое положение, его самочувствие улучшится, у него появится надежда.

Мы затронули лишь некоторых особенностей обращений на ТД душевнобольных и людей, переживающих кризис, и самых основных положений помощи им в формате телефонного консультирования. Более подробно данная проблематика освещена в соответствующей литературе.

* * *

Заключительный анализ обращений в телефонную службу экстренной психологической помощи, позволяет отнести к собственно «рабочим», «проблемным», если использовать условную классификацию, звонки следующих групп абонентов:

1. *Кризисные клиенты* – их обращения по телефонным линиям экстренной психологической помощи (или, как принято называть их в англоязычных странах, «горячих линий» – *hot line*) можно рассматривать как наиболее «профильные», под углом зрения данного вида психологических служб. К таковым относятся обращения людей, чье эмоциональное состояние расценивается как кризисное, а характер реагирования на психотравмирующее событие – суицидоопасный.

2. *Обычные клиенты* – группа, весьма неоднородная по своему составу; ее объединяет то, что все клиенты испытывают реальные психологические трудности, сталкиваются с проблемами, которые не в состоянии разрешить самостоятельно, и ориентированы на ситуацию психологического взаимодействия непосредственно «здесь и сейчас», в пространстве телефонного диалога. В некотором смысле это идеальные клиенты, так как они обладают адекватной мотивацией для совместного обсуждения значимых аспектов проблемы, а также необходимым рационально-рефлексивным потенциалом.

3. *Клиенты, ищущие совета.* С представителями второй группы их объединяет наличие психологических трудностей, однако отличие зак-

лючается в том, что в момент обращения они, ввиду разных причин, не готовы к глубокому и продолжительному взаимодействию, и стремятся получить конкретный совет в кратчайшее время. Как правило, к моменту звонка они не считают для себя возможным обращение в очную консультацию, поскольку расценивают свои трудности как обычные, житейские, а ТД для них – лишь дополнительная возможность добыть некоторую психологическую информацию, которая, как они полагают, сможет им помочь самостоятельно разобраться со своими проблемами. По нашим оценкам, именно данная группа обращений превалирует в подростковых и молодежных службах ТД.

Помимо типичных рабочих и проблемных обращений, а также звонков, которые специалисты трактуют как «засорение», в практике телефонного консультирования встречается такая весьма специфичная для служб ТД категория обращений, как «замаскированные» звонки. В них запрос на психологическую помощь непосредственно и прямо не выражен, но характер и содержание диалога указывают на наличие психологических трудностей, которые абонент мог (и желал) бы при определенных условиях сделать предметом обсуждения.

ЛИТЕРАТУРА

- Барчина Е., Ионов Ю.* Профессия – телефонный консультант // Вестник РАТЭПП. 2000. № 1.
- Бурмистрова Е.В.* Система оказания психологической помощи в кризисной ситуации // Психологическая наука и образование. 2003. № 3.
- Бурмистрова Е.В.* Служба экстренной психологической помощи: структура и направления работы // «Директор школы». 2003. № 6.
- Гиль Ц.* Принципы внушения в практике телефонной психологической помощи // Вестник РАТЭПП. 1995. № 1.
- Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование. М.: Смысл, 1999.
- Содержание и организация деятельности центров экстренной психологической помощи «Телефон доверия»: Науч.-метод. пособие / А.В. Скворцов, В.Ю. Меньшиков, Л.С. Алексеева, А.Ф. Шадура. М.: Гос. НИИ семьи и воспитания, 1999.
- Руководство по телефонному консультированию (Metro Crisis Training Manual), Портленд (штат Орегон): Metro Crisis Lain США, 1996.