

ОПЫТ РАБОТЫ СУМСКОГО "ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ" В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

И.Г.Махлин, ассист.

В 1953 году преподобный Питер У. Уэст из Клеменсвудской баптистской церкви в Илфорде и преподобный Чад Вара из церкви св. Стефана в Уолбруке, Лондон, объявили свои служебные телефонные номера как места, куда одинокие, растерянные или имеющие суицидальные намерения люди могли обратиться за помощью [1]. Это был прообраз современной службы психологической помощи. За прошедшее время эта служба имела много названий ("Горячая линия", "Красная линия", "Телефон доверия" и т.п.), в ней появились специализированные линии для детей и подростков, для алкоголиков и наркоманов, для жертв изнасилований, для людей, имеющих сексуальные проблемы и др.

Сумской "Телефон доверия" был организован в 1992 году в структуре суицидологического центра областного психоневрологического диспансера и уже через 4 месяца после своего возникновения вошел полноправным членом в Украинскую национальную ассоциацию телефонных консультантов. Прошедшие специальную подготовку 17 консультантов "Телефона доверия" (по специальности психотерапевты, психиатры, психологи) оказывают круглосуточную неотложную квалифицированную специализированную психологическую и информационную помощь. Несмотря на сравнительно небольшое количество обращений суицидентов (около 1%), очень часто приходится сталкиваться с потенциально суицидоопасными проблемами: межличностными конфликтами (около 20%), любовными неудачами (около 20%), одиночеством (около 4%), материальными трудностями (около 1%) и др.

После первых двух лет работы Сумского "Телефона доверия" поступление суицидентов в отделение интенсивной терапии и реанимации сократилось на 15%; в следующие два года этот показатель стабилизировался. Среди поступивших уменьшилось число женщин (именно женщины в 2 раза чаще мужчин обращаются на "Телефон доверия").

Известно, что 8 из 10 людей с суицидальными тенденциями дают понять окружающим свои намерения. В действительности эти люди часто хотят, чтобы кто-нибудь был небезразличен к ним, проявил заботу. Если все это они смогут получить от телефонного консультанта, появится надежда, поворот от отчаяния и безнадежности.

Таким образом, за помощью в подавляющем большинстве случаев обращаются люди, находящиеся в пресуицидальном периоде (от момента возникновения мыслей до попытки их реализации), длительность которого от нескольких минут до нескольких месяцев. Первая задача - создание эмпатического отношения консультанта и абонента, что неизменно приведет к их сближению. В противном случае абонент может прервать разговор и совершить задуманное [2].

Иногда абонент может прямо не говорить о своих намерениях, а употреблять другие слова-индикаторы (например, "Вы - моя последняя надежда!", "Всемирно было бы лучше, если бы меня не было!" и др.). В таких случаях консультант должен использовать слова "убить себя" в рефлексии так, чтобы абонент мог уточнить, что он имел в виду. Нужно помнить, что разговор о самоубийстве является первым шагом предупреждения суицида, а не его причиной [1].

В ходе первой половины беседы консультант получает необходимую информацию из умело направляемого рассказа абонента (активное слушание), одновременно снимая эмоциональную напряженность. Это позволяет выявить и проанализировать факторы суицидального риска (индивидуальные, ситуационные, медицинские и др.) и антисуицидальные факторы (эмоциональная привязанность к близким, родительские обязанности, чувство долга, боязнь причинить себе физическое страдание, зависимость от мнения окружающих, представление о греховности суицида, наличие творческих планов, представление о неиспользованных жизненных возможностях, наличие в мышлении эстетических критериев и др.) [3,4].

Следующей ответственной задачей является оценка степени "летальности" ситуации. К факторам, повышающим серьезность риска, можно отнести:

- наличие суицидального плана;
- наличие и качество средств реализации плана (например, угроза применения имеющегося огнестрельного оружия - более "летальная" ситуация, чем стремление принять таблетки);
- недавняя утрата близкого значимого человека;
- недостаточность семейных и дружеских связей и др. [1].

Любая угроза самоубийства должна восприниматься серьезно. Большинство людей с суицидальными мыслями к самой идее самоубийства имеют амбивалентные чувства: одна часть личности действительно хочет умереть, а другая - отчаянно хочет жить. В процессе консультирования необходимо поддержать и усилить ту часть, которая хочет жить. При этом консультант обращается к антисуицидальным факторам:

- религии, осуждающей суицид;
- судьбе близких родственников (родителей, детей);
- невозможности исправления в дальнейшем в случае ошибочности рассуждений, приведших к суициду;
- виду обезображенного тела;

-невозможности разрешения проблемы путем суицида, а только уход от нее и перекладывание "на плечи" других и т.д. В процессе беседы возможен совместный поиск других путей разрешения проблемы, приведшей к суицидальным мыслям.

Для установления контакта и выполнения всех поставленных задач консультант может широко использовать приемы нейролингвистического программирования (например, определение репрезентативных систем и ключей доступа абонента; подстройку; установление хорошо сформированного результата; мета-модель и др.) [5].

В ходе телефонного диалога консультант обычно имеет возможность снять только реактивную суицидальную настроенность. Поэтому немаловажной задачей является убеждение абонента в необходимости дальнейшего контакта и лечения у психотерапевта (кабинет социально-психологической помощи, участковая поликлиника, психоневрологический диспансер и т. д.).

Если же в конце беседы консультант чувствует, что у абонента остаются суицидальные тенденции (нет реальных планов на будущее, отношение к психотравмирующей ситуации не изменилось, нет альтернативных путей ее разрешения и т.п.) или если абонент страдает психическим заболеванием, консультант "Телефона доверия" должен передать вызов бригаде неотложной медицинской помощи психоневрологического диспансера и до ее приезда продолжать беседу [6,7].

В случае обращения после реализации попытки самоубийства (принято отравляющее вещество, вскрыты вены и др.) необходимо вызвать линейную или реанимационную бригаду неотложной помощи для дальнейшей госпитализации в отделение интенсивной терапии и реанимации. От своевременного и квалифицированного решения всех поставленных задач зависит жизнь обратившихся за помощью людей.

SUMMARY

The article presents the tasks and methods of their solution in the course of telephone dialogue with telephone subscriber directly or indirectly expressing attempts to commit a suicide.