

## 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.*