

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**Факультет № 6  
Кафедра соціології та психології**

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

**з навчальної дисципліни «Психологічне консультування»**

**обов'язкових компонент освітньої програми  
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти**

**053 Психологія (практична психологія)**

**(для денної та заочної форми навчання)**

**Тема 13: Особливості консультування клієнтів у кризових станах**

**Харків 2023**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол № 7 від 30.08.2023

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету № 6  
Протокол № 7 от 25.08.2023

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол 7 від 29.08.2023

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
Протокол № 8 від 15.08.2023

**Розробник:**

Доцент кафедри соціології та психології, канд. психол.наук, доцент Чепіга  
Л.П.

**Рецензенти:**

1. Доцент кафедри практичної психології Навчально-наукового інституту педагогіки, психології, менеджменту та освіти дорослих Української інженерно-педагогічної академії, канд. психол. наук, доцент Казарова А.М.
2. Професор кафедри соціології і психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор соціологічних наук, професор Нечітайло І. С.

## **(Презентація 1) ЛЕКЦІЯ 13 ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТУВАННЯ КЛІЄНТІВ У КРИЗОВИХ СТАНАХ**

### **Навчальні питання:**

1. Консультування клієнтів із депресією та суїцидними намірами
2. Консультування людей при переживанні втрати

### **Література:**

#### **Основна література:**

1. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування: Навчальний посібник. -К.: Четверта хвиля, 2018. - 256 с.
2. Васьківська С.В. П'ять вимірів психологічного консультування: навчальний посібник. - Київ, Ніка-центр, 2019. - 400 с.
3. Гендер у психологічних та соціологічних дослідженнях : навч. посіб. / Л.О. Шевченко, Ю.В. Кобікова, І.В. Ламаш та ін.; [Міжнар. благод. фонд "СНІД Фонд Схід-Захід", Харк. нац. ун-т внутр. справ]. - Київ : [б.в.], 2015. - 148 с.
4. Консультативна психологія: підручник / І.С.Булах, В.У.Кузьменко, Е.О.Помиткін [та ін.] : – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. - 482 с.
5. Хомич Г. О., Ткач Р. М. Основи психологічного консультування: навч. посіб. К.: МАУП, 2004
6. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посіб. / І. М. Цимбалюк. – 2-ге вид., випр. і доп. – К. : Професіонал, 2007. – 544 с.

#### **Допоміжна література:**

7. Кулакевич Т.В. Технології психологічного консультування: «Сімейне консультування»: Курс лекцій. / Кулакевич Т.В. – К.: КиМУ, 2017.
8. Опанасенко Л.А. Основи психологічного консультування: у схемах і таблицях / Л.А. Опанасенко – Миколаїв : Іліон, 2019.
9. Орбан-Лембрик Л. Е. Психологія професійної комунікації: навч. посіб. / Л. Е. Орбан-Лембрик. – Чернівці : Книги-XXI, 2010.
10. Основи психоконсультування: навч. посіб. / упоряд. і ред. Т. Л. Надвинична. – Тернопіль: ТНЕУ, 2019. – 200 с
11. Рябко Ю. В. Техніки і моделі психологічного консультування: навчальний посібник. / Рябко Ю. В. - Глухів: РВВ ГНПУ ім. О. Довженка, 2013.
12. Сергієнко Н.П. Основи психологічної практики: Курс лекцій. – Х.: НУЦЗУ, 2011.
13. Словник-довідник психолога-консультанта / Н. В. Гаркавенко, Я. В. Чаплак, С. К. Шандрук, І. І. Солійчук. Чернівці, 2010.
14. Чепелева, Н. І. Поєднання індивідуальної та сімейної психотерапії у роботі з родинами

15. Шевченко Л. О. Чепіга Л. П. Практична психологія : навч. Посібник Харків : Константа, 2018. - 191 с.

## **Консультування клієнтів із депресією та суїцидними намірами**

### **Психологічна допомога клієнтам з депресією.**

Пригнічений настрій — один з найбільш неприємних станів особистості, які часто виникають у різних життєвих ситуаціях та один з найважливіших симптомів більшості психічних відхилень, а інколи — домінуючий симптом (депресивний невроз, психози).

У консультуванні ми, як правило, маємо справу з так званою "реактивною депресією", яка виникає як реакція на травматичні події (соматичні захворювання, конфлікти, інтимні проблеми, різні втрати, у тому числі смерть близької людини тощо).

Насамперед депресія проявляється у зміні настрою. Людина стає сумною та похмурою, її пригнічують думки про своє невдале життя, пече гостре почуття провини. Вона втрачає смак до життя та здатність протидіяти труднощам, не проявляє інтересу до речей, які раніше були для неї привабливими. Сповільнюється як рухова активність, так і процес мислення. Якщо депресія незначна, індивід ще може продовжувати працювати, виконувати повсякденні завдання, однак усе це перестав приносити йому задоволення. Людина стає байдужою до всього — годинами може сидіти біля телевізора і дивитися будь-що або просто лежати. Усе навколо вона бачить у "темному світлі".

Найяскравіша риса депресивної особистості — самознищення. У стані депресії людина відчуває себе втраченою для життя. Вона стає дуже чутливою до всього, і це також знижує самооцінку. Наприклад, суперечка з людиною, яка щось для неї значить, — не більше, ніж епізод життя, — здається кінцем світу; невдача під час іспиту сприймається як доказ абсолютної бездарності. Слід наголосити, що в стані депресії індивід вважає своє сприйняття світу єдино правильним, а періоди життя без депресії здаються йому ілюзією.

Людина в стані депресії зайнята лише собою, власними проблемами, своїм здоров'ям. Вона часто схильна говорити про симптоми, пов'язані з депресією, але не про саму депресію. При цьому виражає стурбованість фізичним здоров'ям, скаржиться на безсоння, раннє пробудження від сну, втрату апетиту, загальну втому. Інколи скарги на порушення різних систем організму "маскують" депресію (випадки так званої "маскованої депресії").

Консультанту слід пам'ятати, що депресія спотворює розуміння минулого. Людині здається, що в її минулому не було нічого доброго, ніякої ясності. Вона не пам'ятає моментів щастя, як здорова людина — моментів болю. Такий погляд на минуле впливає і на нинішню самооцінку. Більшість таких клієнтів забувають випадки, коли в минулому їх супроводжував успіх, та не здатні вирізнити такі моменти в сьогоденні. До речі, депресія спотворює судження і тих людей, у яких усе йде успішно. Консультанту слід звертати на це увагу клієнтів.

У стані депресії індивід, як правило, шукає контактів з іншими людьми, потребує їхньої допомоги. Проте нерідко його пригнічений настрій зумовлює невдачі в міжособистісних стосунках.

У результаті депресії почуття пригніченості посилюється, так як індивіду здається, що оточуючі хочуть його відштовхнути. У цьому він вбачає підтвердження нелюбові до себе. Так поступово припиняється пошук зв'язків з іншими людьми, приходить відчуження від них та примирення з існуючим станом речей. Охоплений депресією, індивід відчуває безсилля та безнадійність, страждає мовчки, часто сердячись на себе та на інших.

Один з наслідків депресивного стану — залежність від думки інших людей, особливо близьких. Людина перестає бути байдужою до того, що думають про неї інші. Залежність та чутливість до критики породжують невпевненість, а вона, у свою чергу, ще збільшує залежність. Коли депресивний клієнт звертається за допомогою, уся його поведінка програється в ситуації консультування. Клієнт прагне, щоб консультант узяв на себе відповідальність за його життя. Враховуючи, що в початковій стадії роботи з депресивними клієнтами консультант повинен бути активнішим, зовсім не обов'язково брати на себе всю відповідальність за консультативний процес. Консультант дійсно не відповідає ні за вирішення проблем депресивного клієнта, ні за зміни в його житті, ні за рішення, які той приймає. У клієнта, який, нарешті, зрозуміє, що консультант не може та не збирається все робити за нього подібно до мага чи турботливих батьків, виникає фрустрація, оскільки насправді він хоче більше, ніж допомоги. Депресивному клієнту недостатньо, щоб консультант просто допоміг його самовизнанню. Йому хотілось би в особі консультанта мати заміника коханої людини. Коли такі бажання не задовольняються, клієнт нерідко своє невдоволення виражає злістю.

Власне кажучи, людина в стані депресії майже завжди відчуває деяку озлобленість, якою б пригніченою та нещасною вона не була. Наприклад, вона сердиться на померлого чоловіка (чи дружину) за те, що той помер та залишив її саму, постійно жаліється на погане ставлення до неї друзів та близьких. Тут і виникає деяка суперечність — поява ворожості посилює дискомфорт, тому що клієнт відчуває підвищену потребу в спілкуванні. Якщо людина не наслідуються відверто висловити озлобленість, це почуття посилюється та набуває форми самозвинувачення. Так утворюється зачароване коло, де переплітаються між собою депресія та залежність, самоприпинення та озлобленість. Недарма депресію інколи називають "перевернутого злобою".

Тому переконувати клієнта, що все буде добре і не треба звертати увагу на дрібниці, тобто всіляко підбадьорювати його, радше шкідливо, ніж корисно. Це тільки озлоблює та загострює депресію.

Передусім слід з'ясувати, з депресією якого виду ми маємо справу в разі проявів психосоматичного захворювання — з невротичною депресією чи просто з нормальною реакцією на неприємні події. Депресію не слід плутати з іншими порушеннями. Інколи консультант сприймає симптоми депресії як перетому, фізичне чи психічне виснаження та рекомендує клієнту більше

відпочивати, спати, вживати вітаміни, поїхати в санаторій тощо. Однак у випадку депресії це мало допомагає.

Завдання консультанта в роботі з депресивними клієнтами dvojake — підтримати клієнта та допомогти йому в психологічному поясненні труднощів. Сам факт, що консультант готовий "боротися" з депресією, зміцнює надію клієнта та нейтралізує відчай. Підтримка і розуміння зменшують страждання та переживання провини, допомагають відновити самоповагу. Клієнт, спілкуючись хоч з однією людиною, яка розуміє та цінує його, може змінити установку стосовно оточуючих у позитивному напрямі. Щоб відновити віру клієнта у власні можливості, необхідно звертати увагу на сфери, у яких він компетентний, та його минулі досягнення. Важливо мобілізувати агресивні спонукання клієнта, щоб він міг успішно боротися із життєвими випробуваннями.

Консультант повинен не чекати (це ще більше фруструє депресивного клієнта та поглиблює депресію), а активно розмовляти з клієнтом про його переживання та зовнішні обставини. Депресивний клієнт вимагає більшої активності, ніж інші, хто звертається за допомогою до консультанта. Особливо ретельно треба вибудовувати консультативну бесіду, особливо на початковій стадії консультування. Відповідна тактика зумовлена пасивністю клієнта, його небажанням самостійно аналізувати проблеми. Якщо консультант сидітиме мовчки, він лише підкреслюватиме нездатність клієнта адекватно спілкуватися. Тому на початку консультування основна відповідальність за бесіду покладається на спеціаліста.

Іноколи депресивний клієнт настільки пасивний, що йому дуже важко говорити про свої проблеми, тому з ним приходять супроводжуючий. Хоча у консультуванні слід ухилятися від розмов за спиною клієнта, у даному випадку отримання інформації від особи, що супроводжує клієнта, є виправданим кроком.

Консультант повинен часто зустрічатися з депресивним клієнтом — особливо, якщо стикається з гострою депресією. Частота зустрічей може бути 2-3 рази в тиждень з поступовим їх зменшенням залежно від стану клієнта.

У процесі консультування необхідно переборювати залежність клієнта та спонукати його до більш активної ролі з кожною наступною зустріччю.

У випадках депресії медики, як правило, вдаються до лікування антидепресантами. Призначення ліків та дозування — це справа лікарів, проте консультант повинен знати, чи прийматиме його клієнт ліки та яка сила їхньої дії. Не слід давати поради клієнту з вибору ліків чи доз, проте ці питання обов'язково слід обговорити з лікарем, який призначив ліки.

Консультант повинен знати про біологічні та психологічні схильності деяких людей до депресивних реакцій у кризових життєвих ситуаціях. У таких клієнтів стан депресії за несприятливих обставин може повторюватися. Депресія, особливо та, що виникла внаслідок зовнішніх причин, зникає, якщо життєві умови змінюються.

### **Особливості консультування при суїцидних намірах**

Людина в стані депресії часто являє небезпеку для самої себе, тому що схильна до самознищення в явній та прихованій формах. Коли ми зустрічаємося з депресивними клієнтами, не можна забувати, що слабовиражена депресія може перерости в гостру із суїцидними намірами.

Самовбивство вважається страшною, негідною справою; деякі консультанти, працюючи з депресивними клієнтами, мимоволі нехтують такою можливістю та вважають, що клієнт не може навіть думати про це. Якщо консультант проявляє подібну сліпоту, виникає ще більша небезпека для благополуччя — і навіть життя клієнта. Проблема полягає, як правило, не в приховуванні самогубцем своїх намірів, а в тому, що його можуть не почути, коли він говоритиме про них.

Розрізняють спробу самогубства (парасуїцид) та реалізоване самогубство. За даними, які наводить Кочюнас, жінки в чотири рази частіше, ніж чоловіки, намагаються покінчити життя самогубством, а чоловіки в чотири рази частіше закінчують життя самогубством. Інколи стверджують, що невдала спроба самогубства свідчить про несерйозність намірів. Це досить небезпечна думка, бо немало людей, що намагалися покінчити життя, повторюють спробу. За даними Кочюнаса, у 12 % (дванадцяти відсотках) випадків повторна спроба повторюється впродовж 3 (трьох) років.

Важливим є питання, хто саме та в яких ситуаціях частіше здійснює самогубство. Уже зазначалося, що не всі люди в стані депресії намагаються здійснити самогубство, а в недепресивному стані самогубство здійснюють дуже рідко. Виділяють наступні критерії ризику суїциду:

- 1) одинокі чоловіки (розлучені та які не мають близьких друзів), старші за 40 років;
- 2) самотні особи;
- 3) алкоголіки;
- 4) люди, що пережили втрату близьких;
- 5) люди похилого віку, які мають соматичні захворювання.

Виокремлюють дві умови, що сприяють спробам самогубства. Перша — зростання стресового відчуття до рівня, який клієнту витримати важко. Друге — нездатність подолати стрес ні самотужки, ні з допомогою інших. Як правило, рішення про самогубство не виникає раптово. Часто йому передуює серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша ймовірність спроби самогубства припадає на пік екзистенційної кризи.

Інші дослідники називають три фактори, які дуже підвищують ризик при схильності до самогубства: міжособистісні кризи, падіння рівня самооцінки, втрата смислу життя та перспективи. Також наводять умови, що сприяють можливості самогубства:

- 1) депресія;
- 2) дезорієнтація з галюцинаціями;
- 3) намагання повернути втрачений контроль за оточенням (наприклад, смертельно хвора людина може спробувати здійснити самогубство з метою взяти під контроль час своєї смерті);

4) залежність від інших та невдоволення таким становищем.

Дуже важлива риса потенційного самогубця — амбівалентність. Вона ускладнює розкриття справжніх намірів. Тому про тих, хто намагався покінчити життя самогубством, інколи можна почути: "Не схоже на депресію. Учора ввечері в нього був гарний настрій".

Консультант, працюючи із клієнтом, який має суїцидні наміри, передусім зобов'язаний проаналізувати власні установки та своє ставлення до самогубства як явища, знати їх наперед. У роботі ніколи не слід приховувати своїх справжніх почуттів. Хороший контакт із консультантом може стати міцною ниткою, що зв'язує людину, яка втратила останню надію, із життям.

Інколи допускають, що обговорення з клієнтом можливості самогубства лише посилює його наміри. Однак, як правило, бесіди про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшують вірогідність реалізації намірів. Тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивним клієнтом проблеми самогубства. Тим самим він показує клієнту, що думки про самогубство може сприйняти та зрозуміти інша людина.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, усе ж не слід забувати про можливість маніпулятивної загрози з метою переконати консультанта у важливості своєї проблеми та претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істеричними особистостями. Деякі клієнти говорять про самогубство через бажання помститися тим, хто нібито недостатньо їх любить. Взагалі елемент ворожості присутній майже в кожному самогубстві.

Зустрівшись у консультуванні з депресивним клієнтом, який висловлює суїцидні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. Якщо людина вже обрала спосіб самогубства, який точно забезпечує смерть, і цей спосіб є легкодоступним, ризик суїциду стає дуже високим.

Ступінь очевидності самогубства консультант може з'ясувати, коли поставить клієнту непрямі запитання (Bird, 1973). Запитувати прямо: "Чи не збираєтеся Ви здійснити самогубство?" — небажано, тому що таке запитання спонукає клієнта до заперечення. Ефективною є практика поступового розпитування:

Консультант: Як ідуть справи? (Клієнт знизує плечима).

Консультант: Не все добре? (Клієнт хитає головою).

Консультант: Сумно? (Клієнт киває головою).

Консультант: Усе здається безнадійним?

Клієнт: Так.

Консультант: Життя інколи здається безглуздим?

Клієнт: Інколи.

Консультант: Чи часто Ви думаєте про те, що хотіли б померти?

Клієнт: Більшу частину часу.

Консультант: Виникає бажання покінчити із життям?

Клієнт: Інколи.

Консультант: Чи обмірковували Ви, як це зробити?



Клієнт: Так далеко я ще не зайшов.

Така поступовість опитування дає можливість точніше дізнатися, як далеко зайшов клієнт у своїх думках про смерть. У даному випадку клієнт має явні суїцидні наміри, однак прямої загрози самогубства немає.

Засновник логотерапії V. Frankl пропонує оцінювати замість вірогідності самогубства величину життєвого потенціалу та запитувати клієнта не про причину небажання жити, а про зміст життя для нього. Чим більше знаходиться ниток, що зв'язують клієнта із життям, тим менша вірогідність самогубства. Існують певні правила консультування осіб, які мають намір самогубства:

1. З такими клієнтами треба зустрічатися частіше.
2. Консультант повинен звертати увагу суїцидного клієнта на позитивні аспекти його життя. Наприклад: "Ви згадували, що раніше багато чим цікавилися. Розкажіть про свої захоплення" або "Завжди є заради чого жити. Що Ви думаєте про це?". Такі запитання допомагають клієнту знайти ресурси для подолання свого важкого стану.
3. Дізнавшись про намір клієнта здійснити самогубство, не слід панікувати, намагатися відволікти його якимось заняттям чи застосовувати моралізаторство ("Від цього нічого не зміниться", "Чи знаєте Ви, що релігія вважає самогубство величезним гріхом?"). Така тактика лише переконує клієнта, що його ніхто не розуміє, і консультант — також.
4. Спеціаліст повинен залучати до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами близьких для нього людей (родичів, друзів).
5. Клієнт повинен мати можливість у будь-який час зателефонувати консультантові, щоб той міг контролювати його емоційний стан.
6. Якщо вірогідність самогубства висока, слід ужити запобіжних заходів — поінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію. Консультанту не завжди легко це виконати. Клієнт починає заперечувати свої наміри та переконує, що не треба про нього турбуватися. Тим не менш, консультанту краще покласти на свою інтуїцію та не нехтувати небезпечними ознаками в поведінці клієнта. У випадках явного суїцидного ризику консультант повинен забезпечити негайну госпіталізацію. Право остаточного вибору має кожна людина, але обов'язок консультанта в разі загрози самогубства - зробити максимум можливого, щоб вплинути на вибір клієнта на користь життя.
7. Консультант не повинен дозволити клієнту маніпулювати собою, погрожуючи самогубством.
8. Консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і, незважаючи на найкращі наміри, не завжди здатен протистояти самогубству. Основну відповідальність за власні дії несе сам клієнт. Консультант не може повністю відповідати за клієнта. Він лише професійно відповідальний за попередження реалізації суїцидних намірів. Однак незаперечна аксіома — якщо клієнт дійсно хоче покінчити із життям, ніхто не здатен зупинити його. Як зазначає Кочюнас, ми говоримо "так" життю клієнта, але ж повинні бути готовими до того, що деякі клієнти все-таки скажуть своєму життю "ні".

9. Консультант повинен детально, у письмовій формі, документувати свої дії, щоб у випадку нещастя він зміг довести, що діяв професійно та вжив усіх заходів, щоб запобігти катастрофі.

Консультант повинен знати специфіку консультування осіб, які намагалися здійснити самогубство. Консультування спрямовується на подолання спонукань до самогубства, які ще лишаються після невдалої спроби.

Виділяють три етапи консультування: у гострій фазі, у фазі одужання та після одужання. Особливо важлива робота консультанта у двох перших фазах.

Після невдалого самогубства під час першого контакту на перший план виступає унікальність ситуації та почуття "самогубця-невдахи". Людина, яка відчула максимальну напругу душевних сил, розуміє, що не померла, але обставини, що призвели до спроби піти з життя, залишилися. Момент "пробудження" — початок нового етапу життя цієї особи. Тому важливо, який "вплив" буде вписано в "чистий листок" свідомості клієнта. Час першого контакту не повинен обмежуватися, клієнту слід дозволити висловитися.

Від консультанта, який зустрічається з таким клієнтом, вимагається непідробна віддача всіх душевних сил. Ідеться про дещо більше, ніж обов'язки консультанта. Після спроби самогубства клієнт максимально чутливий та дуже вразливий: він ясно відчуває внутрішній стан консультанта. У першій фазі не слід починати обговорення основного конфлікту, і лише поступово можна перейти до причин та психологічного змісту самогубства. Саме консультування повинно бути спрямованим на зменшення тривоги та безнадійності. Фаза одужання починається, коли клієнт може повернутися до свого попереднього оточення. У другій фазі, як, до речі, і після повного одужання, можливе повторення суїцидних намірів.

Особливо провокуючий вплив чинить оточення, безпосередньо пов'язане з травмуючим чинником. Тому на другому етапі дуже важливою є робота консультанта із сім'єю суїцидента.

Допомога сім'ї нерідко вирішує проблематичні обставини. Власне кажучи, спроба самогубства — суттєва причина для змін у сімейному житті, точніше кажучи, такі зміни стають неминучими. Лише зміна умов життя посправжньому буває цілющою для таких клієнтів.

Спроба клієнта здійснити самогубство, а тим більше здійснення самогубства, є для консультанта дуже важкою психічною травмою. Кочюнас пропонує поради спеціалістам, які працюють з потенційними самогубцями, і тим, хто страждає через самогубство пацієнта. Основні світоглядні установки такі:

- спеціаліст не може нести відповідальності за те, що говорить та робить пацієнт поза стінами психологічного кабінету;
- самогубство інколи відбувається всупереч турботливому ставленню;
- не можна відвернути самогубство, якщо пацієнт твердо прийняв таке рішення.

Основна тактика консультування клієнтів із суїцидними намірами:

- необхідна уважність та готовність до невдачі;

- у ризикованих випадках обов'язково консультуйтеся з колегами;
- необхідно обговорити з колегами самогубство клієнта як можливий варіант його виходу з кризи. Слід пам'ятати, що роль консультанта полягає в тому, щоб застерегти пацієнта від самогубства та допомогти йому знайти способи вирішення проблем.

Як реагувати на самогубство пацієнта:

- виходьте з того, що самогубство боляче переживають усі;
- Ви набираєтеся досвіду;
- не дивуйтеся пригніченому настрою, почуттям провини та злості;

Заходи, які допоможуть подолати наслідки самогубства пацієнта:

- почуття горя — природна реакція, і всі переживають однаково;
- говоріть та переживайте, але без зайвого самозвинувачення;
- дозвольте собі виговоритися з колегами, друзями, у сім'ї;
- пам'ятайте роковини самогубства пацієнта, щоб ця дата не була для Вас несподіванкою.

## **Консультування людей при переживанні втрати**

### **Консультування у випадку смерті близької людини.**

Консультування людей, які перенесли втрату, — це нелегке випробовування духовних сил та професійної компетенції.

У житті втрати більше чи менше відчутні, але у всіх випадках людина відчуває душевний біль, переживає горе. Втрати, як і інші події нашого життя, не тільки болючі, вони розкривають до того ж можливості особистісного зростання. Консультант може надати клієнту допомогу в подоланні цієї втрати, встановивши її зв'язок з іншими емоціями, визначивши роль у становленні людини.

Для того, хто помер, смерть — закономірне закінчення його земного життя. Однак у душах близьких та друзів людина ще продовжує існувати, у крайньому випадку, деякий час. Примирення з утратою — болючий процес, у якому від "утраченої людини" відмовляються поступово та важко. Але процес є абсолютно природним і його не слід форсувати. Ніхто не повинен переконувати в протилежному, намагатися чимось зацікавити, зокрема розвагами. Смерть близької людини — це тяжка рана, і нещасний має право скорбіти.

Інтенсивність та тривалість почуття суму в різних людей неоднакові. Усе залежить від характеру стосунків з утраченою людиною, від вираженості провини, від тривалості траурного періоду в конкретній культурі.

Душевні муки як найяскравіший компонент трауру є передусім процесом, ніж станом. Перед людиною заново постає питання про ідентичність, відповідь на яке приходить не як миттєвий акт, а з часом у контексті людських стосунків. Для опису процесу суму часто використовують модель Kubler-Ross (1969). Вона передбачає чергування стадій заперечення, озлобленості, компромісу, депресії, адаптації. Вважається, що нормальна реакція суму може тривати близько року.

Відразу після смерті близької людини виникає гострий душевний біль.

На першому етапі емоційний шок супроводжується спробою заперечувати реальність ситуації. Шокова реакція інколи проявляється в несподіваному зникненні почуттів, "охолодженні", ніби почуття провалюються десь у глибину. Це буває, навіть якщо смерть близької людини не була раптовою, а очікувалася тривалий час. Заперечується сам факт смерті: "Він не помер", "Цього не може бути", "Я не вірю цьому". Про померлого нерідко говорять у теперішньому часі, він береться до уваги при плануванні майбутнього.

У процесі скорботи обов'язково наступає озлобленість. Той, хто зазнав втрати, намагається звинувачувати когось у тому, що сталося. Вдова може звинувачувати чоловіка за те, що він залишив її, або Бога, який не почув молитв. Звинувачуються лікарі та інші люди, які могли реально чи уявно не допустити такої ситуації. Мова йде про справжню злість. Якщо вона залишається всередині людини, то "підживлює" депресію. Тому консультант повинен не дискутувати з клієнтом та не коригувати його злість, а допомогти їй відреагувати. Тільки в цьому випадку зменшиться вірогідність її розрядки на випадкових об'єктах.

Після першої реакції на смерть близької людини — шоку, злості — відбувається усвідомлення втрати та примирення з нею.

У статті "Сум і меланхолія" (1977) S. Freud назвав процес адаптації до нещастя "роботою суму". Сучасні дослідники "роботу суму" характеризують як когнітивний процес, якій включає зміну думок про померлого, гіркоту втрати, спробу відсторонитися від утраченої особи, пошук свого місця в нових обставинах. Цей процес не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину. З гуманістичних позицій він прийнятний та необхідний. Йдеться про дуже тяжке психологічне навантаження, яке примушує страждати. Консультант здатний надати певне полегшення, однак його втручання не завжди є доречним. Скорботу не слід усувати; цей стан повинен тривати стільки, скільки це необхідно.

Туга за померлим — типовий прояв скорботи. Людина, яка зазнала втрати, хоче повернути втрачене. Як правило, це ірраціональне бажання недостатньо усвідомлюється, що робить його ще глибшим. Консультанту слід з'ясувати символічну природу туги. Прагнення людини зберегти та утримати зв'язок із померлим небезпідставні — вони явно спрямований на відтворення втраченої людини. Не слід перешкоджати цим символічним зусиллям того, хто сумує, оскільки таким чином він намагається пережити втрату.

У траурі надзвичайно суттєвими є ритуали. Вони потрібні тому, хто сумує, як повітря та вода. Психологічно дуже важливо мати публічний та санкціонований спосіб вираження складних і глибоких почуттів. Ритуали необхідні живим, а не померлим, і вони не можуть бути спрощені до втрати свого призначення.

Консультант не повинен заглушати процес сумування. Якщо він зруйнував психологічний захист клієнта, то не зможе надати ефективну допомогу.

Слід відзначити, що "робота горя" не для всіх людей є ефективною стратегією подолання втрати. Чимало залежить від стилю реагування. Людині, здатній заглушити болючі спогади іншим видом діяльності, "робота горя" мало допомагає.

Із закінченням "роботи горя" проходить адаптація до реальності нещастя, і душевний біль зменшується. Того, хто зазнав втрати, починають цікавити нові люди та події.

У період втрати страждання полегшуються присутністю рідних, друзів; причому, суттєва не їхня дійова допомога, а легка доступність упродовж кількох тижнів.

Роль слухача в деяких випадках може виконувати консультант. Перебувати поруч зі людиною, яка горює, та належним чином слухати її - головне, що може зробити консультант. Чим більше консультант співпереживає скорботі та чим адекватніше сприймає власні емоційні реакції, тим ефективніший цілющий вплив. Не слід поверхнево заспокоювати людину, яка сумує. Клієнту треба надати можливість висловлювати будь-які почуття, і всі вони повинні бути сприйняті без упередження. Інша дуже важлива задача консультанта - допомогти близьким людини, яка понесла втрату, правильно реагувати на її скорботу.

Нормальний процес скорботи іноді переростає в хронічний кризовий стан, який називається патологічною скорботою. Виділяється декілька типів патологічної скорботи:

1. "Блокування" емоцій, щоб уникнути інтенсифікації процесу скорботи.
2. Трансформація скорботи в ідентифікацію з померлим чоловіком. В цьому випадку відбувається відмова від будь-якої діяльності, здатної відвернути увагу від думок про померлого.
3. Розтягування процесу скорботи в часі із загостреннями, наприклад, в дні роковин смерті.
4. Надмірно гостре почуття провини, що супроводжується потребою карати себе. Іноді таке покарання реалізується за допомогою самогубства.

### **Переживання втрати при розлученні.**

Втрата близької людини може трапитися не лише через її смерть. Розлучення являє собою аналогічну ситуацію та породжує схожу динаміку переживань. Розлучення — це смерть стосунків, що викликає різноманітні, але завжди болісні почуття.

Для опису розлучення модифікують відому модель Kubler-Ross:

1. Ситуація заперечення. Спершу реальність того, що трапилося, заперечується. Важко одразу змиритися з розлученням. На цій стадії ситуація розлучення сприймається з вираженням захистом: "Нічого такого не сталося", "Усе добре", "Нарешті, прийшло полегшення" тощо.
2. Стадія озлобленості. На цій стадії від душевного болю захищаються озлобленістю до партнера. Нерідко маніпулюють дітьми, намагаючись привернути їх на свій бік.
3. Стадія переговорів. Пробують відновити шлюб та використовують

багато маніпуляцій одне стосовно одного, у тому числі і сексуальні стосунки.

4. Стадія депресії. Пригнічений настрій настає, коли заперечення, агресивність та переговори не приносять ніяких результатів. Людина відчуває себе невдахою, зменшується рівень самооцінки, вона починає триматися осторонь від інших людей, не довіряти їм. Нерідко низька самооцінка та депресія досить довгий час заважають заводити нові романтичні стосунки.

5. Стадія адаптації. Коли консультант зустрічається з розлученим клієнтом під час однієї з вищезгаданих стадій, його мета — допомогти клієнту "перейти" в стадію пристосування до умов життя, що змінилися.

Діапазон проблем, що виникають після розлучення, досить широкий — від фінансових до догляду за дітьми. У вирішенні проблем суттєве місце посідає вміння жити без дружини (чоловіка) та переборювати самотність. Роль консультанта в цих обставинах може виявитися досить значною.

### **Особливості бесіди з людиною, що помирає.**

Невиліковна хвороба невмодно наближає реальність смерті. Вона суттєво змінює людське життя, і на цьому фоні, як це не парадоксально, нерідко проявляються ознаки "росту особистості". Що ж відбувається при наближенні смерті? Якоюсь мірою відповідь на запитання ми одержуємо в бесідах із хворими на рак:

- заново оцінюються пріоритети життя — втрачають значення дрібниці;
- виникає відчуття свободи — людина не робить те, чого не хоче робити;
- посилюється відчуття життя саме цієї миті. Спілкування з люблячими людьми стає глибшим;
- зменшується страх бути відкинутим, зростає бажання ризикнути.

Усі ці зміни свідчать про збільшення чуттєвості невиліковно хворої людини, що висуває конкретні вимоги до тих, хто знаходиться поруч з нею, — до близьких, лікарів, психологів. У хворого виникає дуже важливе для нього запитання: "Чи скоро я помру?". Не існує єдиної правильної відповіді на це запитання. В цей момент у розмові з пацієнтом про смерть консультант повинен відчувати велику відповідальність. Насамперед непогано порадити йому привести до порядку життєві справи (останнє бажання, заповіт тощо). Можна не говорити пацієнту, що скоро він помре. "Кожен повинен бути готовим до найгіршого, особливо важкохворий". Деякі люди не схильні думати про завершення своїх земних справ, тому що їм здається, що вирішення подібних проблем відкриває двері смерті. З ними можна обговорити проблему страху перед смертю.

Питання про відвертість із невиліковно хворим є найважчим. Існують найрізноманітніші думки із цього приводу. Одні вважають, що пацієнту слід сказати всю правду, інші наголошують на необхідності бережливого ставлення до важкохворого та нічого не говорять йому про наближення смерті, треті вважають, що слід поводитися так, як цього бажає пацієнт. Безперечно, хворий має право знати правду про свій реальний стан, і нікому не дозволено ущемляти це право, однак не варто забувати, що "право знати" не рівнозначне "обов'язково знати". Право знання не рівносильне вибору

знання. Важкохвора людина може і не бажати знати щось конкретно про наближення смерті, та оточуючі повинні поважати її вибір.

Послідовність реакцій невиліковно хворих людей на наближення смерті описує модель Kubler-Ross:

1. Заперечення. Відвідуючи різних лікарів, пацієнти сподіваються на заперечення діагнозу. Дійсний стан речей вони приховують як від сім'ї, так і від себе.

2. Злість. Вона найчастіше висловлюється запитанням: "Чому я", "Чому це сталося зі мною?", "Чому мене не почув Бог?".

3. Компроміс. На цій стадії намагаються нібито відстрочити вирок долі, змінюючи свою поведінку, спосіб життя.

4. Депресія. Клієнт, усвідомивши неминучість свого становища, поступово втрачає інтерес до навколишнього світу, відчуває сум, гіркоту.

5. Адаптація. Примирення слід розуміти як готовність спокійно зустріти смерть.

Людина, що помирає, здатна зрозуміти своє становище та нерідко хоче поговорити про свою хворобу і наближення смерті, але лише з тими, хто вислуховує її без нав'язливих спроб утішити. Тому консультанту чи лікарю слід уміти кваліфіковано розібратися в бажаннях людини, що помирає, і в пов'язаних зі смертю фантазіях та страхах. Це дозволить не лише вислухати пацієнта, а й допомогти йому поділитися думками про смерть і про те, що він втрачає разом із життям.

Декілька важливих принципів, які слід враховувати консультанту в роботі з людиною, що помирає:

1. Дуже часто люди помирають у самотності. Страх смерті та біль стають ще сильніше, якщо залишити людину одну. До людини, що помирає, не слід ставитися так, як до вже померлого. Її слід відвідувати, спілкуватися з нею.

2. Необхідно уважно вислуховувати скарги людини, що помирає, і терпляче задовольняти її потреби.

3. На благо людини, що помирає, слід спрямувати всі зусилля близьких людей.

4. Помираючи, люди хочуть більше говорити, ніж вислуховувати відвідувачів.

5. Мова людини, що помирає, часто буває символічною.

6. Не слід трактувати людину, що помирає, лише як об'єкт турботи та співчуття. Нерідко оточуючі з найкращими намірами намагаються вирішити, що краще для вмираючого. Однак надмірне прийняття на себе відповідальності зменшує діапазон самостійності пацієнта. Замість цього слід вислухати його, дозволити йому брати участь у прийнятті рішень про лікування, відвідувачів тощо.

7. Найбільше, чим може скористатися людина, що помирає, — це наша особистість. Перебування з вмираючим вимагає простої людської чуйності, яку ми зобов'язані проявити.

8. Психологам та лікарям слід зізнатися у своїх сумнівах, почутті

провини.

Персоналу, що працює з людиною, яка помирає, та її близькими, теж необхідна суттєва допомога.

1. Які умови повинен забезпечити консультант для консультації клієнтів у кризових станах?

2. Що є небажаним у консультативному спілкуванні з клієнтом у кризовому стані?

3. Які особливості психоконсультативної бесіди з клієнтом у кризовому стані?