

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ”-ВАРНА
ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПО ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ**

ДЕСИСЛАВА ВАЛЕНТИНОВА РУСЕВА

**СПЕЦИФИКА НА ПСИХОЛОГИЧНОТО КОНСУЛТИРАНЕ
В ЗАВИСИМОСТ ОТ РЕАКЦИИТЕ ПРИ ЗАГУБА ПОРАДИ
СМЪРТ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

НА ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА
ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”

Варна
2013

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ”-ВАРНА
ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПО ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ**

ДЕСИСЛАВА ВАЛЕНТИНОВА РУСЕВА

**СПЕЦИФИКА НА ПСИХОЛОГИЧНОТО КОНСУЛТИРАНЕ
В ЗАВИСИМОСТ ОТ РЕАКЦИИТЕ ПРИ ЗАГУБА ПОРАДИ
СМЪРТ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

НА ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА
ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:
ДОЦ. ИВАНКА БОНЧЕВА, Д.ПС.

ОФИЦИАЛНИ РЕЦЕНЗЕНТИ:
ПРОФ. Д-Р РИНАЛДО ШИШКОВ, Д.М.Н.
ДОЦ. ПАВЛИНА ПЕТКОВА, Д.М.

Дисертационният труд е с обем 136 стандартни страници включително библиография и приложение от методичния материал. Онагледена е с 60 таблици и 20 фигури. Номерата на включените в автореферата фигури и таблици съвпадат с тези в дисертационния труд.

Библиографията съдържа 213 източника, от които 43 на кирилица и 170 на латиница. Състои се от „Постановка на проблема”, „Изложение”, „Анализ и обсъждане”, „Заключение”, „Изводи”, „Приноси”.

Официалната защита ще се проведе на 04. 05. 2013г. от 14 часа в Аудитория „проф. Д-р Владимир Иванов” на УМБАЛ „Св. Марина”, Варна.

Материалите по защитата се намират на разположение

I. УВОД

Раздялата поради смърт не поражда единствено душевни сътресения и физически здравни проблеми. Тя нарушава цялостното социално функциониране на личността. Непосредствено след сблъсъка със ситуация, свързана със загуба на емоционално близък човек поради смърт, възниква буря от негативни по своето съдържание преживявания, по-силни от онези, които личността умее да носи (J. Greenberg, S.L. Koole, T.A. Pyszczynski, 2004; I. Jalom, 2008).

Според Social Readjustment Rating Scale (Holmes и Rahe, 1967), загубата на любим човек поради смърт се нарежда на челно място по сила на стресовото преживяване, чиято интензивност надхвърля обичайните възможности за адаптация. В зависимост от личностовите особености на индивида е възможно формирането на остра реакция на стрес, с продължителност от часове до дни. През този период страдащият „излиза“ извън рамките на обичайното си психическо и социално функциониране. След първоначалното състояние на „зашеметеност“, свързано с известно стесняване на полето на ясното съзнание е очаквано настъпването на по-нататъшно отдръпване от заобикалящата ситуация (до степен на дисоциативен ступор - F44.2, съгласно МКБ-10) или появата на дезадаптивни състояния на възбуда и свръхдейност (реакция на бягство или фуга). Изследвания на M. Stroebe, H. Schut (1999; 2006); K. Kendler J. Meyer, S. Zisook (2008) представят резултати, според които скърбящите страдат по-често от психически и/или физически здравни проблеми (ПТСР, депресия, фантомна болка, инфекции) в сравнение с нескърбящите. Като основни предиктори за интензивна или усложнена скръб, изводими от вида на събитието са загубата на дете, независимо от възрастта и загубата на семеен партньор, при наличие на силна емоционална свързаност (M. Stroebe, 2010).

Редица проучвания от последното десетилетие (B. Bride, 2004; P. Boelen, J. van den Bout, 2005; A. Cavaiola, J. Calford, 2013) сочат необходимостта от своевременна и адекватна психологична грижа. Нейната насока е към подпомагане на преживяващия, с цел бързо възстановяване на адаптацията и като превенция на смущенията в социалното функциониране, психическото и/или физическо здраве.

Обучението на непрофесионалисти в психологични умения за кризисна интервенция е развито и се прилага в редица държави ((K. Shear, C. Jackson, S. Esock, S. Donahue, C. Felton, 2006; M. Sque, T. Long, S. Payne, W. Roche, P. Speck, 2008; M. Miller, 2009; B. Gasch, 2011). Част от специалистите са с насоченост да провеждат кризисна интервенция на мястото на събитието (болница, обществен транспорт, в дома и пр.) като краткосрочна психологична подкрепа. Други преминават допълнително продължителен курс на обучение в една от богатия спектър психотерапевтични школи и стават специалисти за дълготрайна психотерапевтична подкрепа на страдащите поради загуба на близък. Те осъществяват психотерапия в процеса на скърбене (M. Egger, G. Smith, D. Altman, 2001; I. Kogan, 2011), както в норма, така и при болестно проявление на патологична траурна реакция (абнормна реакция на скръб; протрахирана депресивна реакция).

Към момента в България осъществяването на кризисна интервенция е регламентирана дейност само в рамките на психиатричното обслужване и в специализираните психологични звена за неотложна помощ при значими събития като атентати, загиване на деца в инцидент, природни бедствия, осъществявана от специалистите в сектора по консултативна психология (X. Монов, 2005) на института по психология към МВР (2010). От 2011 г. със заповед на министъра на Образованието,

Младежта и Науката е сформирана Национална група за психологична подкрепа. Нейната специализирана дейност е продиктувана от необходимостта за кризисна интервенция в училищата. Липсва практика да се оказва професионална психологична помощ на роднините на починал в болнично заведение или при инцидент (в екипа на специалистите по съдебна медицина). Не са регламентирани у нас наличните в световните донорски практики форми за психологична подкрепа при вземане на съгласие за донорство (съгласно мнението на главния координатор на донорската програма в УМБАЛ „Св. Георги” – Пловдив, д-р Костадин Чифлигаров, 2011г.).

Така формираната проблематика и дългогодишния ми психологичен опит за контакт с близки на починали в първите часове след съобщаване на новината за смъртта, ме подтикна да разгледам научно-проложните аспекти на темата.

II. ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел на изследването

Цел на това проучване е емпирично да се изведе спецификата на психологичното консултиране и на тази база да се изработят модели за работа на парапрофесионалисти с хора в състояние на шок, непосредствено след съобщаване на новината за смърт на близък.

Задачи и хипотези

Свързаните с целта конкретни задачи бяха:

1. Да се регистрират проявленията на преживяването в шок на хора, загубили свой близък, в първите часове след съобщаване на новината и да се преценят като фактори, определящи характера на психологичната интервенция
2. Да се проучи връзката между демографските фактори (пол и възраст на починалия, семейна близост, естество на смъртта) и регистрираните кризисни реакции
3. Да се проследи динамиката и ефективността на повлияване на използваните подходи на кризисна интервенция до редуциране на преживяването на криза
4. Да се изгради примерен модел за краткосрочна кризисна интервенция, подходящ за използване от парапрофесионалисти в областта на психологията и медицината.

В емпиричната постановка очаквахме да потвърдим следните хипотези:

Хипотеза 1: Групата от близки на починали, при които е осъществено психологично консултиране под формата на кризисна интервенция покриват обсъжданите в научните публикации фази на скърбене.

Хипотеза 2: Осъществената кризисна интервенция носи своя специфика в зависимост от емоционалната свързаност между починалия и скърбящия близък, позицията на двамата в семейната йерархия и начина, по който е настъпила смъртта.

Хипотеза 3: Благодарение на възможността да се вербализира психотравматичното преживяване, краткосрочната кризисна интервенция (в рамките до 18 ч. след съобщаването на тъжната вест) позволява на скърбящия да съкрати времето на

преминаване през етапите на скърбене. Това е удачна предпоставка за по-бързо достигане до крайния етап, свързан с мобилизиране на ресурсите за връщане в реалността.

Хипотеза 4: Предложените 5 модела за кризисна интервенция в непосредствена времева близост до момента на съобщаване на скърбната вест биха били удачен инструмент за психологична подкрепа, провеждана и от неспециалисти.

Контингент

За целта на проучването са обхванати 170 случая – близки на починали, от които 77 жени (45,3%) и 93-ма мъже (54,7%). След проведеното психологично консултиране под формата на кризисна интервенция е достигнато психично ниво, позволяващо вземане на решение (готовност да се даде съгласие за аутопсия или за донорство; приемане на факта, че близкият е починал и организиране на извеждането му от болничната структура).

Мястото на провеждане на кризисната интервенция позволи разделянето на проучените случаи в две подгрупи според вида на смъртта на близкия:

Група А: починали след продължително боледуване (период от поставяне на диагнозата не по-малък от двамесеца - $n = 59$) и техни близки.

Група Б: починали в резултат на инцидентна смърт ($n = 111$; 65,3%); (инсулт/инфаркт, травматизъм, насилствена смърт, самоубийство) и техни близки.

Допълнително са събрани по документи на болничната структура и съдебната медицина данните на 170-те починали. Те са обработени и систематизирани по демографските фактори: вид на смъртта, пол, възраст на починалия, семеен статус.

Организация и методика на проучването

Дейността по събиране на използваните данни обхваща период от шест години – между 2004 и 2010 г. Психологичното кризисно консултиране е извършвано на територията на Съдебна медицина и в соматичните клиники на УМБАЛ” Св. Марина” – Варна.

Работата по кризисното консултиране е с начало 30 минути до 18 часа след съобщаване на смъртта. Контактът психолог – скърбящ е с продължителност до 1 час, реализиран в подходящо за уединение пространство.

Предвид целта на настоящия труд – да се разгледа спецификата на кризисното консултиране и да се изгради модел за работа с хора в първите часове след съобщаване на новината за смърт, не се отчитат разликите в психологичните и социо-културални особености на скърбящите, периода между съобщаването на скърбната вест и контакта с психолога. Актуалното психично състояние на скърбящия се приема като диагностичен материал и база за отключване на психологичното интервениране.

В условията на кризисното консултиране нужните за проучването факти се регистрираха посредством ползване на двата основни метода на психологично проучване: Психологично наблюдение и Психологична експлорация.

Данните от психологичното наблюдение по време на психологичната интеракция са регистрирани върху собствена **Бланка за наблюдение** (в приложение). Оформянето ѝ е базирано на теоретичните постановки, разглеждащи преживяванията при тежка загуба и в състояние на психологичен шок (N. Ludt, 1993, N. Hogan, 2001; N. Hogan, W. J. Worden, L.A. Schmidt, 2006)

Попълването се извършваше двукратно:

- ✓ В началото на контакта – първи визуален контакт; състояние преди включване на първата психологична интервенция. Използвана е **Част 1** от Бланката за наблюдение;
- ✓ В края на консултативния процес – непосредствено след последната вербална интервенция и преди търсенето на обратна връзка за случилото се. Попълва се **Част 2** от Бланката за наблюдение.

Данните от психологичната експлорация (спонтанни реплики на скърбящите), както и кодирането на използваните по време на кризисното консултиране вербални техники са отразявани върху **персонални протоколи**.

Последователността в изграждането на психологичното кризисно консултиране и използваните психологични подходи се базират на **АВС – модела на кризисна интервенция и петстепенния модел на Позитивната психотерапия**.

АВС - моделът е разработен през 1986 г. от Moline, професор в California State University. Базира се на четирифазовия модел за интервенции при криза на Адлер (G. Corey, 2008). Използва се в процеса на консултиране, при провеждане на краткосрочна психологична помощ при клиент, функциониращ на кризисно ниво поради сблъсък с психосоциален стресор. Това е проблем-фокусиран подход и е ефективен при приложение до 6-та седмица от случване на събитието.

Петстепенният модел на Позитивната психотерапия е авторски модел на N. Peseschian, професор по психиатрия, неврология и психотерапия, създаден през 1964 г. и практикуван и до днес. Той се ползва в смисъла на съдържателна схема за краткосрочна дълбинно-ориентирана и транскултурално обуслована психотерапия.

От 1993г. самият автор предлага съдържателно запълване на 5-степенния модел при работа за преработка на скръбта в рамките на нормалното и патологично скърбене (N. Peseschian, R. Battagay, 2007).

В нашето проучване двата модела за кризисна интервенция са използвани, както следва:

АВС-моделът очертава **основните насоки** на провеждане на кризисната интервенция: А/ изграждане и задържане на контакта; В/ идентифициране на психологическия проблем; С/ разгръщане на перспективите за адаптация.

Използваните **съдържателни техники** за кризисна интервенция са изведени от метода на позитивната и транскултурална психотерапия, усвоени от мен и ползвани в ролята ми на сертифициран позитивен психотерапевт:

„Транскултурален подход” – Цели да се насочи вниманието в аспект, касаещ еднаквостта и спецификата на преживяванията на скръб и логичността на появата им.

Представят се алтернативни концепти и различна гледна точка върху ситуацията. Позволява по-лесно нормализиране на емоционално-поведенческите прояви. Създава преживяването за съпричастност в събитието „смърт-скръб”.

„Позитивно претълкуване” – Назовава се функцията на случващото се; функцията на душевното страдание. В рамките на техниката се търсят „стари” механизми за справяне, индуцира се нова гледна точка.

„Ситуативно окуражаване” – Връщане към миналото с починалия позволява да се извлече успешен минал опит в справяне с подобни преживявания. Те служат в един по-късен етап на кризисната интервенция като база за разгръщане на вътрешните и външни ресурси и в подновяването на изтласканите копинг-стратегии.

„Подкрепа на ресурсите (вътрешни)” – Назоаването на наличния и ползван в момента механизъм на психологична защита е път към насърчаване в използване на адаптивни методи на психологична защита.

„Външни ресурси” – Извличането на собствения социален опит на индивида за споделяне на преживявания (минал опит) провокира използването на външни за скърбящия ресурси - семейството, приятелския кръг, по-широкото обкръжение.

„Нормализиране” – Вербална подкрепа в изнасянето на психотравмиращото преживяване. Техника, с която се постига катарзис и намаляване на емоционалния афект.

„Структуриране (чрез вербализиране)” – Акцентиране на значимото от споделеното чрез рефлексия; подпомагането в по-точното вербализиране на конкретното преживяване цели постигане на нова структура в мисловния процес и динамиката на емоциите.

Първоначалната обработка на суровите данни се кодира като:(1)- липсва кризисна реакция; (2)- присъства като признак.

Използвани статистически методи: **1. Описателна (дескриптивна) статистика** – средни стойности, стандартно отклонение, процентни отношения; **2. Корелационен анализ** – поради характера на скалиране и категориалните скали е използван непараметричен корелационен коефициент на Spearman. Данните са обработени статистически посредством SPSS, v. 16.0.

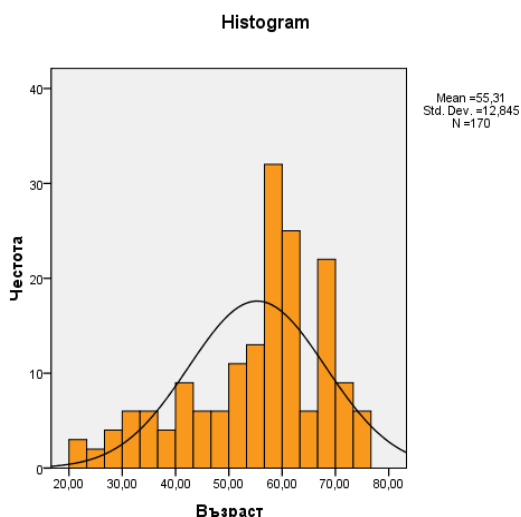
РЕЗУЛТАТИ

Всяко психологично консултиране предполага предхождаща психологичната интервенция психодиагностика на факторите, влияещи върху хода на психологическата подкрепа. В конкретното проучване беше необходимо да се изведат най-напред демографските фактори на починалите и близките, преди да се събере и ползва психологичната информация, която обективно постъпва в хода на психологичния контакт.

Демографски фактори (пол, възраст, вид на смъртта) при починалите

Починалите са разпределени в пет възрастови групи. С увеличаване на възрастта се повишава смъртността в проследената извадка. Най-висок е процента в групата над 60г. до 75 г. – 40,6%. Починалите в ранна зряла възраст са 4,7%.

Мъжете са 74,1%, а жените – 25,9%. Висок процент е ангажиран от починали в резултат на инцидент – 65,3%. Групата на починали след продължително боледуване заема 34,7% от цялата извадка.



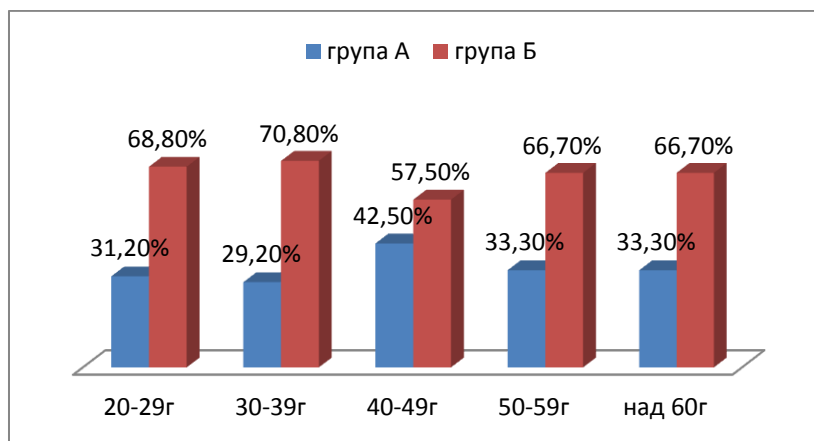
Фигура 1. Възрастово разпределение на починалите в извадката.

Разгледани според половата специфика, сред мъжете в извадката е висока смъртността във възрастта 50 – 59г., следвана от групата на починали над 60г. При жените, смъртността е предимно в ранна зряла възраст – 20-29г. Смъртността след 50г. при двата пола е в близко процентно отношение.

Разгледани според половата специфика, сред мъжете в извадката е висока смъртността във възрастта 50 – 59г., следвана от групата на починали над 60г. При жените от извадката, смъртността е предимно в ранна зряла възраст – 20-29г. Според вида на смъртта сред починалите мъже и жени се установява лек превес при починали от група А. В групата на починалите жени преобладават тези, починали в резултат на инцидент.

Инцидентно починалите във възрастов диапазон между 50-59г. преобладават над останалите възрастови групи. Висок е процентът на починалите след период на боледуване в късна зряла възраст – над 60г. инцидентно починалите преобладават във възрастта между 50 и 59г.

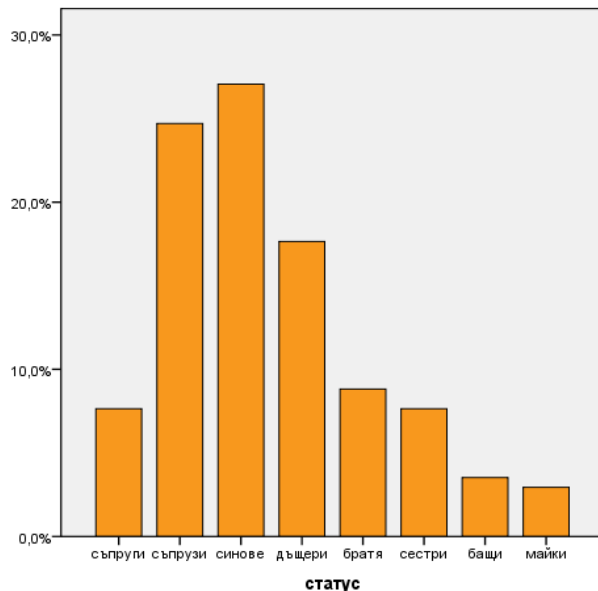
Демографски фактори (пол, възраст, семейна позиция) при близките



Фигура 4. Разпределение на близките според възрастта.

Фигура 4 онагледява възрастовото разпределение на скърбящите. Рядко разговори са осъществявани с близки в ранна зряла възраст. Преобладават контактите с хора в период на средна зрялост.

Представеното разпределение според позицията в семейството (фиг. 5) показва, че психологичното консултиране е провеждано предимно с деца на починали (45,3%) и брачни партньори (32,4%). Рядко е осъществяван контакт с братя и сестри (15,9%), а най-малко с родители – в около 7% от случаите.



Фигура 5. Разпределение на близките според позицията в семейството.

По-често посрещнали скръбната вест се оказват жените. Контакт с тях е осъществен в 55% от случаите. Групата на мъжете е с 10% по-слабо представена.

При смърт на брачен партньор са се отзовавали предимно съпругите. Контакт с медицинските екипи, при смърт на съпругата е осъществяван предимно с близки от останалите три групи. От децата, преобладават контактите със синове. Малка е разликата в честотата между братя/сестри и майки/бащи. В различните семейни групи

възрастовото разпределение е следното: Първите две възрастови групи – между 20 и 39г. са представени предимно от деца, братя и сестри. Броят на брачните партньори и родителите е най-висок в групите след 50 г., което е изводимо от възрастта на починалите. Възрастта между 20г. и 49г. в извадката е заемана предимно от близки от мъжки пол. Бавно, с покачване на възрастта, се увеличава броят на жените.

Констатирана специфика на преживяване и поведение на близките в началото на психологическата интервенция (Група А)

Лицата, с които е било необходимо да се проведе кризисно консултиране, са се появили на територията на болничното заведение с нагласа за пореден контакт на близост и обгрижване. След неочакваното от тях съобщение за настъпила смърт, често случващо се на входа на клиниката, те разгръщат своята психологическа реакция на скръб. Наблюдаваните и споделени преживявания и поведенчески реакции са регистрирани в бланката за наблюдение – ***Част I.***

✓ Когнитивни реакции

Смущенията в когнитивната сфера се изразяват главно със смущения в концентрацията на активното внимание и по изключение (за групата) с „усещане за нереалност”. Смущения в концентрацията на активно внимание се установяват сред 56% от близките. При 44% от тях, смущенията са слабо проявени или бързо се копират.

„Усещане за нереалност” се споделя при 12% от скърбящите от групата. По-високият процент (88%) от тях не коментират подобно преживяване в пространството на интеракция. Описва се от 20% във възрастовия диапазон 20 – 29 години и 15% от близките над 60г. смущенията в концентрацията на активно внимание се засилват с увеличаване на възрастта.

Смущенията в концентрацията на вниманието са в близки процентни граници при двата пола (мъже = 53,1%; жени =59,3%). „Усещане за нереалност” се споделя предимно от жени – 22%. Според позицията в семейството трудност във възприемането на ситуацията като реална коментират относително нисък процент от близките – 11,9%. Не се споделя преживяване на нереалност сред родителската група, а средбрачните партньори и братята/сестрите е 15%.

✓ Емоционални реакции

Емоционалните преживявания са с ограничени прояви, макар и подчертано в депресивния спектър. Регистрирани са прояви на емоционална анестезност, вина, тревога и тъга.

Емоционалната анестезност се дефинира като загуба в определен интервал от време на емоционалност, при запазено отношение към случващото се. Разликата от състояние на апатия е в това, че то се определя като „пълно безразличие, безчувственост, равнодушие, липса на интерес”, каквото състояние в проучваната група не е констатирано.

Виновностни изживявания възникват предимно сред близки на починали в резултат на инцидент. Провокирани са предимно от разбирането, че при подходяща, своевременна и различна реакция от тяхна страна, събитията биха се развили по различен начин: „Ако не бях дал колата, сега щеше да е жив...”, „ Трябваше да настоявам, да отиде на лекар. Цяла седмица беше с болки...” и др.

Повишената тревога в първите часове след съобщаване на смъртта отново е по-често споделяна от близки на починали при инцидент. Тя се провокира предимно от мисли, свързани с невъзможност за реализиране на значими в емоционален план интеракции, неяснота относно промяната на личната семейна роля: „Какво ще правя без него? Как ще живея?“, „Тя правеше всичко вкъщи. Как ще се оправяме сега?“.

Преживяването на тъга се наблюдава при голяма част от близките от група (71%). Нисък е процента на споделени „емоционална анестезност“ и „вина“, съответно 1,7% и 3,4%.

Картината на емоционалните реакции според положението на страдащия в семейството не променя представата за психологичен стрес.

При 50% от родителите в гр. А се споделя блокиране на емоциите – „емоционална анестезност“. Въмъкване в речта на елементи, коментиращи тревога, се откриват при 46% от брачни пратньори, с превес сред мъжете (12,5% мъже и 7,4% жени). Разгледани според възрастовата принадлежност, емоционалната анестезност е наблюдавана във възрастта над 60г. Чувството на вина е срещано предимно в диапазона 20-29г. Същото се отнася до преживяването на тревога при близки в ранна зряла възраст (20%).

Тъгата, споделена от скърбящи, е приблизително еднакво наблюдавана в двете полови групи, с лек превес сред жени – 78% . В групата на мъжете е коментирана при 66% от случаите. Външен израз на тревога дават по-често мъжете (13%). При тях липсва споделяне навиновности изживявания. Картината при жените е обратна - те се ангажирват с чувство на вина (19%) наред с други прояви, израз на ажитирано депресивно състояние.

✓ *Поведенчески реакции*

Поведенческите прояви в рамките на извадката включват повишена активност, емоционален ступор, гняв, насочен към събитието и/или към починалия /А/, гняв към медицинския екип /Б/, плач.

Ако си позволим да излезем от тясната рамка на медицинската терминология, *емоционален ступор* може да се дефинира като поведенческа проява, при която в резултат на силно негативно емоционално преживяване, личността навлиза в състояние на „почти изключено съзнание. При това се наблюдава намалена способност да се реагира на дразнителите“.

За част от скърбящите е характерна *трудна поседливост* и потребност непрекъснато да са в движение, да извършват дейност. Често екипите, контактуващи с близки на починали се сблъскват с прояви на гняв. Обект на гнева може да е случването на ситуацията, медицинският екип, чиито грижи се оценяват като ненавременни или недостатъчни, починалия, който е прекъснал значима емоционална свързаност или е оставил близкия „неподготвен“ за самостоятелно справяне.

Проявите на гняв в зависимост от обекта, към който са насочени, са разделени на: прояви на *гняв тип А* – обект са медицинските работници, полагащи грижи за починалия или екипите на „Спешна медицинска помощ“, отзовали се на мястото на инцидента и прояви на *гняв тип Б*, чийто обект може да е както починалия, така и абстрактен по своята същност – Съдбата, Бог.

Наблюдаваните поведенчески прояви, непосредствено след съобщаване на новината се определят от липса на действена активност (в 100% от случаите). Застиването в

пространството отключва слабо изразени прояви на плач и гняв у незначителна част от страдащите. Често се наблюдават реакции на гняв, насочен предимно към лекуващия екип – 13,6%. Честотата на демонстрирания гняв, независимо от обекта му е представен сред 22,1% от скърбящите. Повишената активност като копиращо поведение, не се наблюдава в разглежданата група. Според половата принадлежност с по-висока четота на изява са реакциите при жени, предимно плач (37%) и гняв, насочен към медицинския екип (19%). „Емоционален ступор” е наблюдаван само в тази полова група – при 4% от всички представители на женския пол.

Сред групата на родителите не се регистрират подобни поведенчески реакции. Съпрузите реагират най-често с плач (54%), сред тях предимно съпругите. Като най-гневливи се оказват братята/сестрите (29%). Проявата на гняв в ситуации, подобни на тази е израз на опит за адекватно справяне с психологичния шок –емоциите да се изнасят навън.

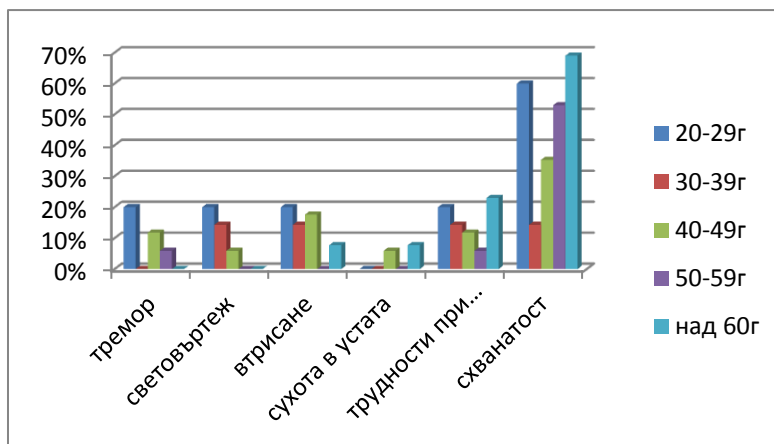
Проявите на гняв, независимо от формално очертаня обект са предимно във възрастта след 40 години. Гняв, насочен към медицинските екипи се наблюдава в ранна зряла възраст и възраст след 50г. Гняв Б е по-често проявяван във възрастта между 40г и 60г.

✓ *Соматични реакции*

Наблюдаваните и споделени соматични реакции са с относително ниска честота на проява. Най-често са коментирани усещане за „схванатост” на мускулатурата (48%), затруднено дишане (14%) и „втрисане” (10%).

В зависимост от положението в семейната група, висока е честотата на „схванатост” – предимно сред брачни партньори (60%) и родители (69%). В групата на родителите не се споделят други реакции на ниво „тяло”. Соматичните прояви са с висока честота в групата на брачните партньори и децата.

Разглеждани по възрастов критерий, за „схванатост” споделят предимно близки над 60 години (69%) и във възрастта 20-29 години (60%). Усещане за недостиг на въздух се споделя от всички възрастови групи. Прояви като „световъртеж” и „втрисане” са характерни за възрастта до 49години. Най-висока е честотата им сред младите скърбящи – до 29години.



Фигура 14. Разпределение на наблюдаваните при близки соматични реакции, в зависимост от възрастта на починалия.

Близките на починали (фиг 14) във възрастта между 20-29г. се оплакват най-често от прояви на „схванатост” на раменната мускулатура. Проявите на „световъртеж” и „втрисане” са с най-висока честота сред близки на починали във възрастта между 30 и 49г.

Установява се корелация между възрастта на починалия и „световъртеж” ($r = -0,289$, $p < 0,01$), „втрисане” ($r = -0,356$, $p < 0,01$); между семеен статус на близкия и „тревога” ($r = -0,390$, $p < 0,01$), „емоционална анестезност” ($r = 0,388$, $p < 0,01$), „плач” ($r = -0,294$, $p < 0,01$), както и между пол на близкия и усещане за „нереалност” ($r = -0,294$, $p < 0,01$).

Ако се опитаме да обобщим наблюдаваните и споделени прояви на кризисни реакции сред двете полови групи - висока е честотата на соматичните и емоционални прояви при жени: „тремор” (13,9%), „недостиг на въздух” (21,5%), „схванатост” (50,5%), „тъга” (66,6%), „плач” (35,4%). Мъжете изнасят преживяванията си поведенчески: „подреденост” (32,8%), „гняв” (30,2%). За чувство на вина споделят само жени – 7,4%.

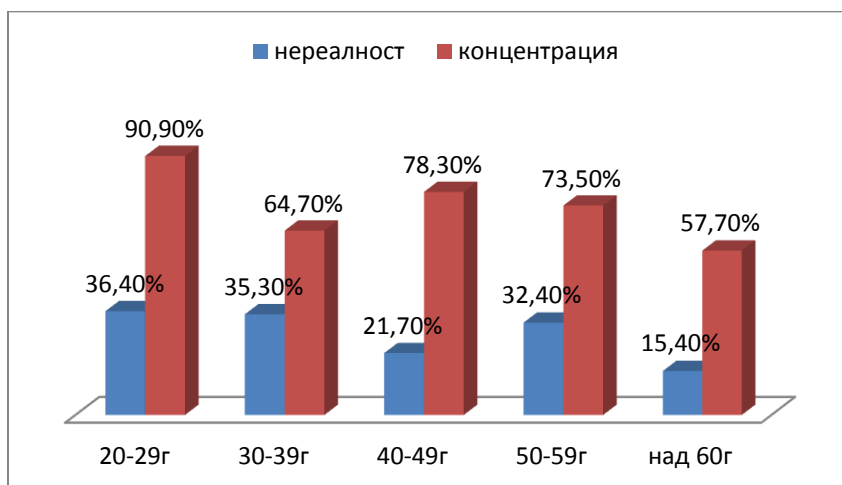
Констатирана специфика на преживяване и поведение на близките в началото на психологическата интервенция(група Б)

Контактът на психолога с близки на починали след инцидент е изнесен във времето след контакта им със съдебния лекар или специалиста от „Бърза и неотложна помощ”, които констатира факта на смъртта.

✓ Когнитивни реакции

Смущения в концентрацията на активно внимание се установяват в 71% от близките на инцидентно починал. Споделянето, в хода на психологичната експлорация за „усещане за нереалност” на случващото се е регистрирано в 27% от психологичната консултация. Според позицията в семейството, честотата е приблизително еднаква. Движи се в диапазона 70%-78%. Усещане за нереалност на случващото се имат предимно родители (89%).

За разлика от смущенията в концентрацията лек превес сред мъжете – 73%, споделяне на „усещане за нереалност” е извършвано по-често от жени (30%).



Фигура 16. Разпределение на когнитивните реакции в зависимост от възрастта на починалия.

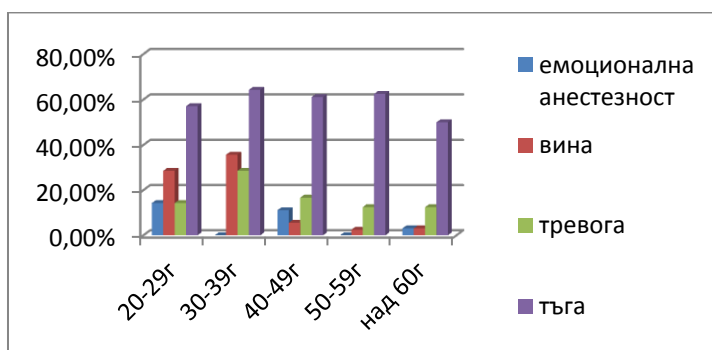
Висока е честотата – 91% на наблюдавани смущения в концентрацията, във възрастта между 20-29г. Смущенията намаляват в групата на близки над 60г.-58%. Усещането на нереалност е най-често споделяно от скърбящи между 20г. и 39г.

✓ *Емоционални реакции*

В спектъра на емоциите се установява приоритетно споделяне на тъга (74%). Наличие на тревога съобщават само 15,3% от роднините на инцидентно починали, а за виновностни изживявания – 9%. Източникът на чувството на вина е изключително субективен и се движи в диапазона от: „ Не трябваше да му давам колата.” до „ Не биваше аз да оставам..(чети „оцелявам”)”. Усещане, че са “безчувствени” (емоционална анестезност) коментират единствено 3,6% от всички. Останалите 96% не са в състояние да правят контакт със собствените си емоции и чувства.Преживяването на тъга е наблюдавано при висок процент от близките, независимо от възраст, семейна позиция и пол.

Впечатление прави факта, че виновностни изживявания се споделят често от родители (56%), а тревога - от семейни партньори и предимно във възрастова граница 40 – 59 (приблизително 23%).Емоционална анестезност не се регистрира сред брачни партньори, но се споделя от 11% от родителите.

По отношение на половата принадлежност съществена разлика се открива в споделянето от жените на преживяването на тъга – 61% (при мъжете само 49%, но все пак най-изявено емоционално състояние и в двата пола), а от мъжете - споделяне на липса на емоции (емоционална анестезност в 9%; при жените – 0%).



Фигура 17. Разпределение на емоционалните реакции, в зависимост от възрастта на починалия.

Преживяването на тревога и тъга (фиг. 17) са най-силно и в приблизително еднакъв процент застъпени в петте възрастови групи, към които принадлежат починалите. С увеличаването на възрастта на починалия, намаляват виновностните изживявания на скърбящите. Най- висок е процентът при близки на починали във възрастта между 30-39г.

✓ *Поведенчески реакции*

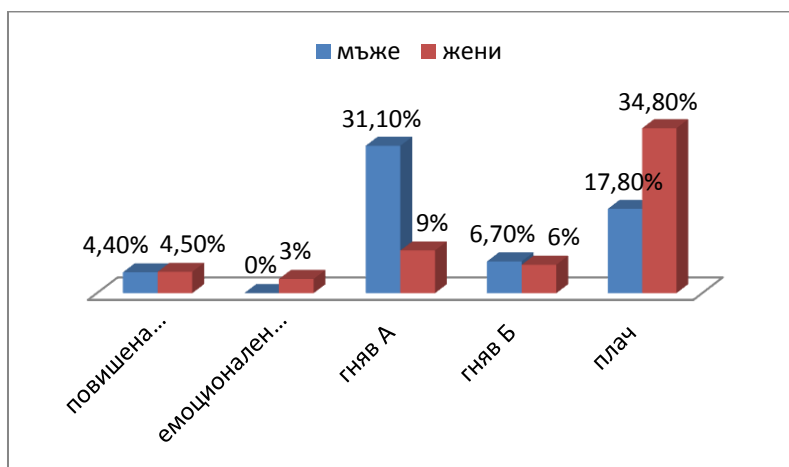
От поведенческите реакции, наблюдавани в групата, най-чести са проявите на плач (27,9%) и гняв (съответно в двата варианта - гняв А при 18%; гняв Б при 6,3%). Всичките 18,% процента, показващи гняв А са насочени срещу представителите на „Спешна и неотложна помощ”. Двигателна активност липсва (налице е едва в 4,5% от всички). Липсва и споделяне на преживяване на емоционален ступор. Личните емоции се разпознават и вербализират едва от 1,8 % от близките.

Проявите на гняв А са по-чести във възрастовия диапазон 20-39. Гняв Б, с формален обект съдбата или Бог се наблюдава във възрастта след 30г.

Според позицията в семейството, брачните партньори най-често проявяват реакции на плач (50%). Плач и гняв А са изразните поведенчески реакции на всички групи. Гневът е най-рядко наблюдаван при родители (11%) и то само във вариант на гняв А. Гняв Б, независимо от обекта, е с близка честота на изява при брачни партньори и деца.

Впечатление прави високият процент на повишена активност сред родители – 33%. Сред тях не са наблюдавани прояви на емоционален ступор, но за сметка на това поведението им носи характеристики на непоседливост, ажитираност и хаотичност.

Мъжете в групата по-често от жените демонстрират гняв А (31% срещу 7% при жените). Относително еднаква е честотата на гняв Б в двата пола (мъже= 9%; жени= 6%).



Фигура 18. Поведенчески реакции в зависимост от пола.

Жените от своя страна си позволяват макар и като бледа проява, да реагират с плач (просълзяване – 35% при жените; 18% - при мъжете).

✓ *Соматични реакции*

Реагирането чрез тялото е най-често свързано с усещане за схванатост на мускулатурата в областта на гърба и рамената, затруднение при дишане, пресъхване на устата и тремор.

Оплаквания от „схванатост” на мускулатурата на рамената са споделяни от 45% от скърбящите. Усещанията за невъзможност да се поеме достатъчно въздух и пресъхването на устата са коментирани, съответно в 19% и 14% от близките в рамките на психологичната експлорация.

При семейните партньор на починалия реагирането чрез тялото е сред често наблюдаваните соматични прояви (между 14,3% до 54,8% от тях за отделните симптоми). След тях по богатство на симптоматика и честотата на проявление се нареждат братята/сестрите.

В групата на родителите е висока честотата на споделяне за „схванатост” на мускулите - 44% и недостиг на поетия въздух – 22%. Сред тях не се споделят усещания за „втрисане” и „световъртеж”, не е надлюдаван и тремор на дланите. И за четирите

семейни групи е често споделянето на усещане за „схваанатост” и „трудност при дишане”.

Независимо от възрастта си скърбящите споделят за „схваанатост” на раменната мускулатура, често въздишане и усещане за недостиг на въздух, пресъхване на устата и тремор на дланите. За „световъртеж” коментират скърбящи на възраст след 50г.

Отчита се висока честота на соматични прояви при жените: „тремор” (17%), „недостиг на въздух” (23%), „схваанатост” (47%). В групата на мъжете не се коментира и не се наблюдава „световъртеж”. В близки процентни граници са споделяните усещания за схванатост на мускулатурата.

Сред близки от група Б се установява отрицателна корелация между „възраст на починалия”, „усещане за нереалност” ($r = -0,536, p > 0,01$), чувство на вина ($r = -0,339, p < 0,01$), „сухота в устата” ($r = -0,205, p < 0,05$) и положителна между семейна позиция и „повишена активност” ($r = 0,240, p < 0,01$), както и семейна позиция и „плач” ($r = -0,217, p < 0,01$).

Констатирана специфика на преживяване и поведение на близките в края на психологичната интервенция (група А)

Отразените в бланката за наблюдение **Част 2** промени в честотата на кризисните прояви, касаят предимно емоционалния ступор, усещането за нереалност, виновностните изживявания, наличието на преживявания на тревога, тъгата, плача, проявите на гняв и концентрацията на вниманието.

В края на срещата с близките на починали от група А се наблюдава значително намаляване в честотата предимно на емоционални и поведенчески реакции.

Таблица 43:

Промени в честотата на проява на наблюдаваните реакции, след прилагане на кризисна интервенция при близки от група А

Реакции /Честота	Преди	След
Ем.ступор	1,7%	-
Усет за нереалност	11,9%	-
Вина	3,4%	-
Тревога	15,3%	5,1%
Тъга	71,2%	69,5%
Плач	22,1%	11,9%
Гняв А	13,6%	1,7%
Гняв Б	8,5%	-
Концентрация	51%	5,1%

Виновностните изживявания, споделяни от 3,4 % от близките и тревогата – 15,3% в началото на контакта са били частично или напълно редуцирани. Значителна промяна се установява в изнасянето на гнева. Напълно се копират проявите на гняв Б и няколкократно на гнева насочен към медицинските екипи (гняв А). Изчезват признаците на наблюдавания емоционален ступор и споделянето за невъзможност да се възприеме ситуацията като действителна. Подобрва се концентрацията на активното внимание. Смущенията, срещани при 51% от близките намаляват до 5,1%.

Разгледани според семейната позиция и възрастта, редуциране на преживявания на гняв, тревога и вина се установяват при деца, братя и сестри. В края на психологичното кризисно консултиране, липсва споделяне за затруднено възприемане на случващото се като реално и за виновностни изживявания. Слаба е промяната в преживяването на тъга. Прояви на гняв, насочен към медицинския екип се установява, с ниска честота сред децата на починали (3%). При тях се наблюдават и слаби смущения в концентрацията на активното внимание. Впечатление прави значително по-доброто копиране на реакциите сред мъжки пол.

Констатирана специфика на преживяване и поведение на близките в края на психологичната интервенция (група Б)

Използването на интервениращи подходи сред близки от група Б, води до намаляване на честотата на проследените кризисни реакции, но в по-тесни граници.

Таблица 46:

Промени в интензитета на проява на наблюдаваните реакции, след прилагане на кризисно консултиране сред близки от група Б

Реакции	Преди	След
Ем. ступор	1,8%	-
Нереалност	27%	0,9%
Вина	9%	5,4%
Тревога	15,3%	6,3%
Тъга	46,7%	54,9%
Плач!	17,9%	14,4%
Гняв А	18%	6,3%
Гняв Б	6,3%	-
Концентрация	71,2%	46,8%

!При част от близките намалява интензитета.

Наблюдаваният при 2% от близките „емоционален ступор” се редуцира напълно, в края на кризисното консултиране. Подобна промяна се установява и при проявите на гняв, формално провокиран от абстрактен обект. Силно е понижаването на честотата в споделянето на затруднения във възприемането на ситуацията като нереална – от 27%, намалява на 0,9%. Честотата на виновностните изживявания и проявите на гняв, също са с ниска честота. Интерес представлява повишаването на честотата на регистрирани преживявания на тъга – 47% при отваряне на сесията, в 55% в края на кризисното консултиране.

Проявите на гняв А се копират напълно в групата на родителите. Същото се установява и в преживяването на „тревога”. Споделянето на „нереалност” (89% в началото) е намаляло значително (11%). Преживявания за „нереалност” след проведеното кризисно консултиране продължават да споделят 2% от майките. В родителската група не се установява промяна в честотата на „плач” (11%) и „вина” (56%). Много слабо подобряване се наблюдава в концентрацията, предимно при бащи.

След проведеното кризисно консултиране, сред жените се е повишил процента на наблюдавани и споделени преживявания на тъга (с 6%). И при двете полови групи, повлияването на кризисните реакции е слабо. Напълно е редуциран емоционалният

ступор и проявите на гняв Б. Значително намалява споделянето на усещане за нереалност на ситуацията.

Използвани психологични подходи за кризисна интервенция

В хода на психологичното консултиране, са използвани всички посочени психологични подходи. Последователността им на приложение е съобразена със поставените цели, в рамките на кризисното консултиране.

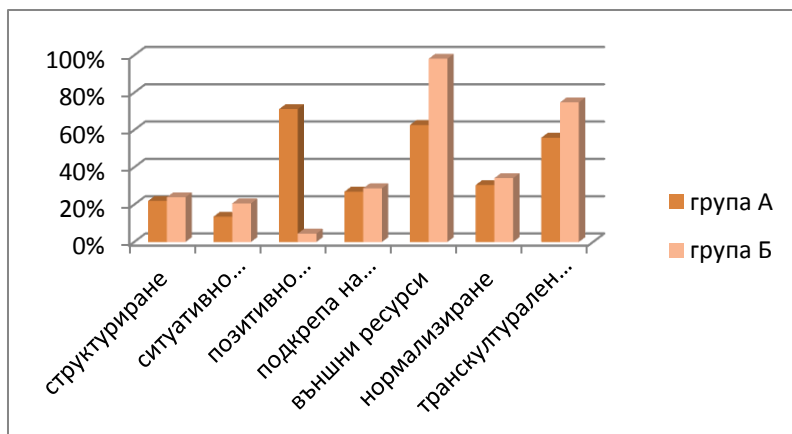
Проследяването на честотата на използваните психологични подходи (табл. 50) показва висок процент на „Външни ресурси” – между 80% и 100%. При „емоционален ступор” най-чести на избор са били „Външни ресурси” (100%) и „Нормализиране”(67%). Споделянето на усет за „нереалност” е провокирало повишена честота на използване на „Външни ресурси” (92%), Транскултурален подход” (89%) и „Нормализиране” (46%).

Таблица 50:

Честота на приложение на психологичните подходи в зависимост преживяванията

Реакции/ Психологични подходи	Структу- риране (%)	Окуража- ване (%)	Позитивно претълку- ване (%)	Подкрепа (%)	Външни ресурси (%)	Нормали- зиране (%)	Транс- култура -лен подход (%)
Емоционален ступор	33,3	33,3	33,3	-	100	66,7	33,3
Усещане за нереалност	21,6	16,2	24,3	29,7	91,9	45,9	89,2
Вина	25	25	16,7	50	100	100	91,7
Тревога	19,2	19,2	46,2	30,8	92,3	30,8	92,3
Тъга	23,8	17,1	35,2	29,5	81	32,4	66,7
Плач	25	18,2	34,1	29,5	86,4	40,9	81,8
Гняв А	100	75	25	32,1	92,9	100	71,4
Гняв Б	100	83,3	33,3	16,7	83,3	100	83,3
Концентрация	24,1	17	26	31,3	84,8	34,8	79,5

При работа с виновностните изживявания, освен посочените три психологични подхода, с висока честота е използвана и „Подкрепа на ресурсите (вътрешни)” (50%). Приложението на психологичните подходи, в рамките на кризисното консултиране при работа с близки, проявяващи гняв (независимо от формалния обект), е с висока честота на използване и на „Структуриране” (100%), и „Ситуативно окуражаване”(между 75% и 83%). Преживяването на тревога, отново независимо от провокиращия я обект, е било интервенирано най-често посредством „Външна подкрепа” и „Транскултурален подход” (92,3%).



Фигура 19. Честота на използваните психологични подходи, в зависимост от вида на смъртта (група А и група Б).

Поради разлика в проявата на преживяванията, провокирани от естеството на смъртта, честотата на използваните психологични подходи е различна.

Подход с висока честота на избор сред близки на починали от *група А* е позитивното претълкуване (71%). Търсенето на „Външна подкрепа” (63%) е втора по честота на използване в рамките на кризисната интервенция, следвана от „Транскултурален подход” (56%). Относително рядко, в групата е прилагано „Ситуативно окуражаване”. Спецификата на реагиране на брачните партньори е провокирала по-честото използване на психологични подходи като „Външни ресурси” (85%), „Позитивно претълкуване” (69%) и „Транскултурален подход” (62%). Работата с деца на починали е включвала предимно същите, но с по-ниска честота на употреба. Различна е картината при работа с родители. Не е отбелязана употребата на „Структуриране” и „Ситуативно окуражаване”. „Позитивно претълкуване”, „Външни ресурси” и „Транскултурален подход” са използвани в 100% при психологичното кризисно консултиране.

Ниска корелационна връзка се установява между „нормализиране” и „вина” ($r = -0,393$, $p < 0,01$), „транскултурален подход” и „смущение в концентрацията” ($r = 0,340$, $p < 0,01$). Много ниска между „Транскултурален подход” и „нереалност” ($r = 0,237$, $p < 0,01$), Висока е степента на причинно-следствена връзка между „гняв” и „нормализиране” ($r = 0,734$, $p < 0,01$), „гняв” и „ситуативно окуражаване” ($r = 0,808$, $p < 0,01$). Корелацията, възникваща между „гняв” и „структуриране” е ($r = 0,927$, $p < 0,01$) - много висока.

Между част от използваните кризисни интервенции също се установява ниво на корелация: високо - при „структуриране”/„ситуативно окуражаване” ($r = 0,851$, $p < 0,01$) и „структуриране” / „нормализиране” ($r = 0,791$, $p < 0,01$) ; умерена при „окуражаване” / „нормализиране” ($r = 0,674$, $p < 0,01$); ниска, отрицателна при „позитивно претълкуване” / „външна подкрепа” ($r = -0,467$, $p < 0,01$) .

„Външни ресурси” (98,2%), „Транскултурален подход” (74,8%) и „Нормализиране” (34,2%) са прилагани с по-висока честота в *група Б*. Ниска е честотата на „Позитивно претълкуване” (5%). За разлика от този подход, останалите са приложени в над 20% от случаите. Освен „Външни ресурси” (96%) и „Транскултурален подход” (69%), при работа с *мъже* са използвани, в по-висок процент сравнено със жените „Нормализиране” (47%) и „Структуриране” (38%) поради по – високите нива на гняв А. Регистрираните в хода на работата с *жените* подходи, показват приоритет в използването на „Външни ресурси” (100%), „Транскултурален подход” (79%), „Нормализиране” (26%) и „Подкрепа на ресурсите” (23%).

Преценено според позицията в семейството, включването на „Външни ресурси” е с честота между 95% и 100% при всички семейни статусни позиции. При работа с брачни партньори чести подходи на избор са били „Транскултурален подход”(81%) и „Нормализиране”(33%). Сравнено с останалите три семейни групи, кризисното консултиране на родители е включвало най-висок процент използване на „Позитивно претълкуване”(11%), предимно при майки (6%). Проявените реакции на криза при тях, обяснява високата честота на „Външни ресурси”, „Транскултурален подход”(100%) и „Нормализиране”(67%). Използваните в периода на кризисно консултиране на деца, братя и сестри техники, са относително равномерно представени.

Установява се висока отрицателна корелация между вида на смъртта и „Позитивно претълкуване” ($r=-0,710$, $p<0,01$), и ниска положителна корелация с „Външна подкрепа” ($r=0,485$, $p<0,01$).

Сред близки на починали в ранна зряла възраст (между 20 и 26, 29г.)се предпочита използването на подходи като „Транскултурален”, „Структуриране” и „Ситуативно окуражаване”, за разлика от късната зрялост – главно „ Транскултурален” и „ Външна подкрепа”.Позицията в първичното семейство, разглеждана като емоционална близост и свързаност се явява предпоставка за по-често използване сред съпрузи на „Външна подкрепа”(96,4%), и „Транскултурален подход” (76,4%), а при работа с родители – „ Нормализиране”(63,6%) „Външна подкрепа”(100%), „Транскултурален подход”(100%).

III. Анализ и обсъждане

В сравнителен план на спецификите на преживяване (преди и след психологическото консултиране) в двете групи, може да се дискутира следното:

- ✓ **Група А**- скърбящите покриват депресивната фаза на скърбене.
- ✓ **Група Б**- скърбящите дават характеристики, специфични за фазата на психологичен шок.
- ✓ Психологичното консултиране и в двата случая носи спецификите на кризисна интервенция.
- ✓ Кризисната интервенция в **група А**, позволява значително редуциране на елементите на преживяване на скръбта, с което се обективира преминаване в снет вид (чрез вербализиране на психологичните съдържанията) на следните етапи на скърбене: от *преговаряне и депресия* към *приемане*.
- ✓ Макар, че кризисната интервенция в **група Б** не дава очакваната по-силна промяна в елементите на преживяване, тя все пак има своето значение в това, че придвижва скърбенето от *фазата на психологичен шок* през *отричане, гнявдо депресивната фаза*. В този смисъл скърбящият е успял с подкрепата на психолога на направи своята първа стъпка в преминаване през етапите на скърбене.
- ✓ Резултатите и от двете групи позволяват да се изкаже мнение, че своевременното включване на професионална кризисна интервенция, която може да се осъществява и от непрофесионалисти (но обучени за целта от специалисти по кризисно консултиране) е в помощ на скърбящия.

Ефективност на използваните психологични подходи в хода на кризисното консултиране

В контекста на ABC-модела като постановка за работа и в подредбата на 5-степенния модел на позитивната и транскултурална психотерапия различните психотерапевтични техники и подходи са прилагани с различна честота в рамките на кризисното консултиране. Съгласно обсъжданията на R.A. Neimeyer (2001, 2002), J. Müller-Lange (2006) и U. Sammer (2010) характерът на едно кризисно консултиране предполага като първа задача ***да се даде право на трагичното психотравмиращо събитие да съществува***. Поради този факт, както се вижда от резултатите, с висок процент на приложение са интервенциите „*Външна подкрепа*” и „*Транскултурален подход*”.

Друга психологична задача в началния етап на скърбене е ***позволяване на емоциите да съществуват такива, каквито са***. В група А скърбящите демонстрирайки себе си в депресивната фаза на скърбене, провокираха необходимостта да се позволи на депресивните чувства да се освободят в катарзис. В помощ на скърбящия тук се оказаха успешни отново „*Транскултуралният подход*” и „*Външната подкрепа*”.

В група Б скърбящите се намират в състояние на психологичен шок. Психологичната задача на кризисната интервенция при такъв дебют е освобождаване на същинските емоции. За целта в нашето проучване най-успешно е помагала техниката „*Нормализиране*” и „*Външна подкрепа*”.

В хода на ***преминаване към етапа на приемане*** на събитието в група А успешен избор се оказва ползването на „*Позитивно претълкуване*”. Представянето на алтернативна страна на събитието, функцията на събитието и различната гледна точка за собственото съществуване позволи редуциране на психотравменото преживяване и подпомогна фазата на мобилизиране на познатите до момента ресурси за справяне. В група Б подобен ефект даде „*Нормализиране*”.

Настъпването на ***фазата на адаптация*** според H.S. Filipp D. Ferring (2002) означава възвръщане на саморегулативните способности на индивида. В нашето изследване най-удачен подход за постигане на това и в двете групи с еднаква честота на употреба се оказаха „*Подкрепа на вътрешните ресурси*” и „*Структуриране*”.

Възрастта е фактор, повлияващ използването с предимство на интервенции като „*Структуриране*”, „*Ситуативно окуражаване*”, „*Външна подкрепа*”, „*Транскултурален подход*” и „*Нормализиране*”. В диапазона между 20 – 29г. с висока честота на избор са „*Външна подкрепа*” (94%), „*Транскултурален подход*” (58,8%), следвано по честота на приложение от „*Нормализиране*” (41,2%). Този факт се обяснява с все още често поддържаната нагласа на младия човек, че отговорността и тежестта на случващото се в семейството се износват от друг. Във възрастта между 30 и 60г., освен необходимостта от установяване и ползване на външни ресурси, в представената извадка се предпочитат „*Транскултурален подход*” и „*Подкрепа на стратегиите*”. Във възрастта след 60г., подобно на тази между 20 – 29г., интервенции на избор са „*Външна подкрепа*” (90%) и „*Транскултурален подход*” (62%). За разлика от ранната зрялост, когато човек е все още слабо подготвен за новата роля, която е необходимо да поеме, в тази група подобно отделяне е свързано по-често със загуба на семеен партньор или дете. „*Транскултурален подход*” се използва и в двете възрастови групи. Силният дистрес и попадането в състояние на криза, провокират реакции, с които оцелелите трудно се справят и не могат да разберат: „*Нещо не ми е както трябва...*”. Те се различават по вид и интензивност от ежедневните. Основавайки се на

представената в теоретичната част характеристика на техниката, внасянето на „чуждия” опит и информираността, че скърбящият не е аутсайдер в преживяванията я превръща в подходяща за избор, особено в състояние на шок.

Контактът с **брачни партньори**, независимо от възрастта им показва превес в използването на „*Външна подкрепа*” (96%) и „*Транскултурален подход*” (76%). Търсенето на външни ресурси, подпомагащи балансирането е обяснимо с факта на болезненото усещане за самота: „Как ще живея без него/нея?”.

При работа с **родители** на починали в 100% от случаите са прилагани отново подходите за кризисна интервенция: „*Външна подкрепа*” и „*Транскултурален подход*”. В тази група често (64%) е използвано „*Нормализиране*”.

Високата честота на преживяване на **вина, гняв и тревога**, провокират прилагането на „*Външна подкрепа*” и „*Нормализиране*”. Последователното включване в интеракцията на „*Транскултурален подход*” води до значителна редуция в честотата на виновностните изживявания, тревогата и преживяването на **гняв Б**.

Независимо от вида на смъртта, използването на подходи като „*Структуриране*”, „*Окуражаване*” и „*Нормализиране*” са особено подходящи (висока и много висока корелация) при близки, реагиращи на случващото се с **гняв**.

Проследяването на регистрираните в хода на интервенционния процес данни и установените помежду им корелационни връзки, позволяват да се направи обобщение, отнасящо се до **въздействието на психологичните подходи върху отделните преживявания**.

Наличието на подготвеност, на очакване за случването на смъртта (съобразно теоритичните постановки за процеса на скърбене) изнасят на преден план, предимно преживявания в сферата на емоциите. В проследената **група А** с висока честота са *тъгата, тревогата* ($p < 0,01$), *вината, плача* ($p < 0,01$) и *емоционалната анестезност* ($p < 0,01$). Извършената статистическа обработка представя връзка между посочените преживявания и психологичните подходи: „*Позитивно претълкуване*”, „*Подкрепа на ресурсите*”, „*Нормализиране*” и „*Транскултурален подход*”. Констатирахме, че с тяхна помощ скърбящият успява да изнесе психотравмиращото преживяване емоционално „навън”. За редуциране на **плача и тъгата** се оказаха статистически значими техниките „*Позитивно претълкуване*”, „*Подкрепа на ресурсите*”, „*Нормализиране*” ($p < 0,05$). Специално за копиране на **тъгата** – и техниката „*Транскултурален подход*” ($p < 0,01$). „*Нормализиране*” и „*Позитивно претълкуване*” показват тенденция към благоприятно повлияване ($p < 0,05$) на чувството за **вина** и на **тревога**.

Психологичната кризисна консултация, проведена с близки на инцидентно починали (**група Б**) и статистическата обработка на регистрираните данни представят преживявания, изводими от кризисната фаза, в която се намират – шок. Преобладаващи са кризисните реакции от когнитивния и поведенчески спектри. Това са предимно смущения в *концентрацията, усещане за нереалност* ($p < 0,01$) на случващото се, прояви на *гняв* ($p < 0,05$) и *вина* ($p < 0,01$). Предвид установените корелационни връзки, психологичните подходи с най-силно въздействие върху наблюдаваните и споделени преживявания са „*Структуриране*”, „*Окуражаване*”, „*Нормализиране*”, „*Транскултурален подход*”. Целта на използването им е, сред целия „хаос” от болезнени, трудни за възприемане моменти, породени от смъртта да се внесе някакъв, макар и относителен ред. Разказването за преживяното, вербализирането им позволява

подреждане на „елементите“ на картината на събитието. Това постепенно намалява афектите в преживяването на скърбта, внася контрол върху поведенческите прояви. Информирането за специфичните моменти при досега до подобна загуба и откриването на близък по съдържание минал опит се явяват фактори, благоприятстващи търсенето на адаптивни стратегии на психологична защита.

В рамките на групата се представят като значими техники: „*Структуриране*”, „*Ситуативно окуражаване*” и „*Нормализиране*”, с коефициенти на корелация - много високи, положителни ($p < 0,01$) при преживяване на **гняв**. Смушенията в когнитивната сфера показват тенденция ($p < 0,01$) да се благоприятстват от включване в кризисното консултиране на „*Транскултурален подход*”. Проявите на **тревога**, за разлика от група А, сред близките на инцидентно починал се копират подходящо с използване, както на „*Позитивно претълкуване*” ($p < 0,01$), така и представят тенденции за добро повлияване при внасяне в работата на „*Транскултурален подход*” ($p < 0,05$). Психологичният подход „*Нормализиране*” дава добри резултати, при използване за корекция на **виновностни изживявания** ($p < 0,01$) и повишена, **неефективна активност** ($p < 0,05$).

Работата **с брачни партньори** рисува добро повлияване след използване на психологични подходи като „*Позитивно претълкуване*” ($p < 0,01$) в **група А**; „*Окуражаване*” ($p < 0,05$) и „*Външни ресурси*” ($p < 0,01$) – **група Б**.

Приложението на „*Външни ресурси*” и „*Нормализиране*” в **двете половигрупи** не показва статистически достоверна разлика между мъже и жени. Оказва се обаче, че е уместно използването на „*Позитивно претълкуване*” ($p < 0,01$), в периода на кризисно консултиране при **жени** от **група А** и „*Външна подкрепа*” ($p < 0,01$), и „*Транскултурален подход*” ($p < 0,01$) по време на работа с **група Б**.

Ако изведем в най-общи граници подходите, имащи статистическа значимост с **вида на смъртта** се оказва, че при **група А** техники на избор са „*Позитивно претълкуване*” ($p < 0,01$), и „*Външна подкрепа*” ($p < 0,01$) и с тенденция към добро повлияване „*Транскултурален подход*” ($p < 0,05$) при работа, както с **група А**, така и с **група Б**.

Обобщавайки се налагат следните изводи за връзка между психично състояние в криза и интервенционни техники:

- ✓ В рамките на кризисното консултиране на близки от **група А**, подходи на избор се явяват „*Позитивно претълкуване*”, „*Външна подкрепа*” и „*Транскултурален подход*”.
- ✓ Подходящи за използване в **група Б** са „*Външна подкрепа*”, „*Транскултурален подход*” и предвид вида на преживяванията и съобразно кризисния етап, в който се намират близките – „*Нормализиране*”.
- ✓ Семейната позиция се явява фактор, провокиращ интензифициране на реакциите. Работата с **брачни партньори**, предимно жени (при тях палитрата от преживявания е по-наситена) от **група А** е подходящо прибавяне към основните три подхода и на „*Нормализиране*”.
- ✓ В **група Б** с висока честота и интензивност са преживяванията при **брачни партньори и родители**. Преживяванията, проследени в периода на кризисното консултиране при брачни партньори, независимо от половата им принадлежност предполагат прибавяне към посочените основни подходи още два – „*Структуриране (чрез вербализиране)*” и „*Ситуативно окуражаване*”. Продължавайки проследяваната линия, отнасяща се до семейната позиция, с най-голяма тежест са афективните преживявания в **родителската група**. Това

предполага използване, както на „Нормализиране”, „Вътрешни ресурси”, „Транскултурален подход”, така и на „Структуриране”, „Ситуативно окуражаване” и „Подкрепа на ресурсите”, насочени към естеството на кризисните реакции.

В заключение, така подредената последователност на данните е провокиращ елемент, който подтиква към създаване на примерни, лесни за използване модели за работа с близки в първите часове след съобщаването за тежката загуба.

Нашият опит показва, че водещият кризисното консултиране следва да се съобрази с няколко базисни фактора, което би му позволило адекватен избор на психологична интервенция.

- ✓ *Събиране на предварителна информация* относно някои демографски факти като на първо място по психологическа значимост в нашето проучване се оказва **вида на смъртта**. Тя определя емоционалната гама, в рамките на която се разгръща преживяването на загуба.
- ✓ Установяване на **емоционалната свързаност с починалия и социалната роля на лицето**, при което се прави кризисна интервенция. Особено суспектни за извършване на кризисна интервенция са съпруги и майки.
- ✓ Изградено умение за разпознаване на характерните за тежка загуба преживявания. **В състояние на шок, хората дават по изключение бурни емоционални реакции с проява на стенични чувства**. Преобладаващите астенични чувства от негативния спектър са често видими само поради проява на поведенчески (психофизиологични промени) и когнитивни прояви. Това изгражда погрешното разбиране, че такива хора не страдат значимо, следователно не се нуждаят от психологична подкрепа.

В рамките на нашето проучване изведохме няколко модела, които предлагаме като примерни модели за кризисно консултиране, провеждано от парапрофесионалисти.

Модел I. За работа с близки на починали след продължително боледуване

Предназначение	Последователност на приложение	Цел на подхода
Основен модел за работа с близки на починал от група А	„Транскултурален подход”	Използването му на първо място позволява улесняването в изнасяне на емоционално-поведенческите прояви.
	„Позитивно претълкуване”	Веднъж изнесени в пространството на интеракция реакциите намаляват своя интензитет. По този начин се предоставя възможност за търсене и внасяне в съзнанието на „забравени” адаптивни стратегии.
	„Външни ресурси”	Приложението може да е съчетано, а не отделено от позитивното претълкуване. С нейна помощ, скърбящият се насърчава в търсенето на подкрепа извън собствената личност.

Модел II. За работа със съпруги и майки

Предназначение	Последователност на приложение	Цел на подхода
Модел за работа със съпруги и майки	„Структуриране (чрез вербализиране)“	Първоначално се цели изнасянето на преживяването, чрез неговото вербализиране.
	„Нормализиране“	Интервенция, която е подходяща да се комбинира с предходната, засилвайки по-този начин редуцирането на афективните преживявания.
	„Транскултурален подход“	
	„Позитивно претълкуване“	
„Външни ресурси“		

Модел III. За работа с близки на инцидентно починали

Предназначение	Последователност на приложение	Цел на подхода
Основен модел за работа с близки на починали от група Б	„Нормализиране“	Чрез интервенцията се цели първоначално да се редуцират афективните преживявания.
	„Транскултурален подход“	Намаляването на интензивността на реакциите, позволява да бъде насочено вниманието към еднаквите и уникални аспекти в преживяванията.
	„Външни ресурси“	Естеството на смъртта, породило рязко скъсване на една емоционална свързаност, поставя необходимостта от търсене на подкрепа и упование във външни фактори – семейство, приятели, дейности. Подходяща е позицията на „Външни ресурси“ след „Транскултурален подход“, защото по този начин се извършва плавно пренасочване на вниманието от общите начини за подкрепа в подобна ситуация към индивидуалните възможности на личността.

Модел IV. За работа с брачни партньори, независимо от пола

Предназначение	Последователност на приложение	Цел на подхода
Модел за работа с брачни партньори	„Структуриране (чрез вербализиране)“	Целта е да се подпомогне вербализирането на преживяванията.
	„Нормализиране“	
	„Транскултурален подход“	
	„Ситуативно окуражаване“	Предварителната работа в рамките на транскултуралния подход, улеснява прилагането на настоящата интервенция, целяща да бъде извлечен успешен минал опит.
	„Вътрешни ресурси“	

Модел V. За работа с родители

Предназначение	Последователност на приложение	Цел на подхода
Модел за работа с родители на починали от група Б.	„Структуриране (чрез вербализиране)“	
	„Нормализиране“	
	„Транскултурален подход“	
	„Позитивно претълкуване“	Търсят се стари механизми на справяне.
	„Ситуативно окуражаване“	
„Подкрепа на стратегиите“	Тази техника поставяме на последно място в примерния модел за работа, защото чрез нейното използване се цели утвърждаване на вече очертаните адекватни за съответната личност ресурси.	

IV. Заключение

В заключение може да се каже, че „Психологичната криза” и в частност тази, при загуба поради смърт на близък се разглежда като едно от най-травмиращите психични състояния. В научната литература са многоаспектно разгледани поредица от въпроси, свързани с преживяването на загуба поради смърт. На първо място се открояват публикациите, свързани с теоретичните и практически изведените постановки за определяне на параметрите на „критична ситуация – критичен инцидент”, „стрес – фрустрация (Юрѐва, 1998; Узунов, 2000; Кровяков, 2005; Линдеман, 2012; Маринов П., Р. Шишков, Ив. Бончева и сътр., 2013 и др.). Всички автори споделят мнението, че критичните събития, в глобален мащаб, но и в чисто индивидуален (личностов) са тези, които предполагат попадането на хората в личностови кризи. Поради тази причина друга поредица от научни разработки се обединяват около проучването на параметрите на психологичната криза. Общо е мнението, че тя е провокирана от силен негативен, фрустриращ базовите потребности, стресор и наличие на неспособност на индивида да възстанови нарушения баланс - поради липса или временно блокиране в единството от събития и преживявания на наличните адаптивни ресурси (Анцыферова, 1994, Крюкова, 2004; Рассказова, 2011).

Скърбенето като процес намира своето концептуализиране най-вече с емпиричните проучвания на етапите и фазите на скърбене (Kubler-Ross, 1996; Kast, 2002).

Относително по-нови са научните разработки в две други направления, проучващи преживяването поради смърт на емоционално близък човек. Първото направление разглежда рисковите групи и обосновава вторичното психическо, физическо и социално увреждане на скърбящия (de Groot et al., 2007; Karutz и Fr. Lagossa, 2008; Buckley и сътр., 2010). Този род научни разработки коментират потребността от своевременна намеса на специалисти по кризисна интервенция.

Второто направление, най-младо, едва от последните 10 години, ангажира вниманието си с въпросите на практическата кризисна интервенция. Добре обосновани и проверени са моделите за спешна кризисна интервенция при големи социални и природни бедствия (Юрѐва, 1998 ; Малкина, 2010; Shear, Jackson, Esock, Donahue, Felton, 2006). Проучена е ефективността както на индивидуалната, така и на груповата кризисна интервенция. Тези модели вече се ползват успешно и при преодоляване кризи, подтикващи към суицидални опити.

Въпреки единомислието на поредица от автори, че непосредствена кризисна интервенция се налага веднага след узнаването на трагичната вест, в психологическата и медицинската литература липсват разработени практически модели, как това може да се реализира в болнични структури.

В настоящото емпирично проучване се опитахме да си отговорим на въпроса каква е спецификата на психологичното консултиране, което може да се проведе в непосредствена времева близост до момента на научаване на тъжната вест. За целта обобщихме и проучихме проявленията на преживяването на хора, загубили свой близък в първите часове (от 30 мин. до 18 ч.) след съобщаване на новината. Установихме, че в зависимост от демографските фактори (пол и възраст на починалия, семейната близост, естество на смъртта) и регистрираните кризисни реакции в двете групи (група А – близки, на починали в болница след продължително боледуване и група Б – близки на

починали в резултат на инцидентна смърт) предпоставките за специфика на психологичната интервенция са различни.

Показаната картина в група А в началото на контакта с психолога се очерта като бързо настъпване на *депресивния стадий (фаза) на скърбене*. Това съответства в проученото от Prigerson (1995), Liken (2001), Stroebe (2008), Hogan (2002).

Картината на преживяване и реагиране в групата на скърбящи по инцидентно починал се характеризира с по-висок процент на изява в цялата палитра на когнитивни, емоционални, соматични и поведенчески промени при скърбене. Този факт съответства на спецификите на *фазата на психологичен шок*, описани от Hogan и Worden (2003-2004). Основен *механизъм на психологична защита*, който намира доказателства за ползване от скърбящите от група Б е *отричането*. Факт, който ни дава основание да говорим за защитен механизъм е наличието в поведението на „усещане за нереалност”

Проведеното психологично консултиране покри спецификите на кризисна интервенция. Честотата на използваните подходи, взаимствани от метода на позитивната и транскултурална психотерапия се определени от фактори като: начин на настъпване на смъртта, възраст и позиция на починалия, респ. на близкия в семейната структура и емоционалната свързаност.

На базата на направените анализи и статистическа обработка са изработени 5 специфични модела за кризисно консултиране в болнични условия в непосредствена близост до съобщаването на скърбната вест. Те, съгласно достигнатите от проучването резултати, позволяват в смет вид (чрез вербализиране на кризисното преживяване) да се постигне успешно преминаване през фазите и етапите на скърбене, описани от Kubler-Ross. Изведено е мнението, че тези модели могат да се ползват от парапрофесионалисти в областта на психологията.

V.ИЗВОДИ

1. Групата от близки на починали, при които е осъществено психологично консултиране под формата на кризисна интервенция покриват обсъжданите в научните публикации фази и етапи на скърбене.
2. Естеството на настъпване на смъртта, емоционалната свързаност и позицията на скърбящия в семейството са съществените фактори, които определят спецификата на преживяване при загуба поради смърт.
3. Осъществената краткосрочна кризисна интервенция е специфична за двете изследвани групи. При гр. А се работи в депресивната фаза на скърбене; при гр. Б – във фазата на психологичния шок
4. Едночасовият професионален контакт води до съществен спад на психотравменото преживяване до ниво, което позволява страдащият да върне себе си към реалността
5. Откритите специфики на проява и корекция на психотравменото преживяване в отделните подгрупи оформят 5 модела на краткосрочна кризисна интервенция.

VI. ПРИНОСИ

С потвърдителен характер

- Проучената от нас група покрива утвърдената научна постановка, че скърбенето е процес на преминаване през фази и етапи.
- Частично се потвърждава факта, че при неочаквана вест за смърт задължително се влиза във фаза на психологичен шок.
- Затвърждава се научното виждане, че психологическото консултиране при такива случаи носи основните характеристики на кризисна интервенция.
- Потвърждава се очакването кризисната интервенция да следва не само личностовите специфики на личността, но и неговите социал-психологични и социологични характеристики.

С научно-приложен характер

- Първо у нас психологическо проучване на преживяванията на скърбящи, непосредствено след съобщаване на новина за смърт на близък.
- Научно се извеждат значимите за краткосрочното кризисно консултиране фактори и кореспондиращите с тях психологични подходи.
- На базата на очертаната специфика на редуциране на психотравменото преживяване се предлагат за първи път у нас 5 примерни модела за кризисно консултиране:
 - ✓ **при близки на починали след продължително боледуване;**
 - ✓ **при съпруги на починали след продължително боледуване;**
 - ✓ **при близки на инцидентно починали;**
 - ✓ **при брачни партньори на инцидентно починали;**
 - ✓ **при родители на инцидентно починали.**

Публикации по дисертационната тема:

1. Бончева, Ив., Русева, Д., Милосърдие и болнично донорство. Годишник на ЕАТА, София, 2006, 31 - 35.
2. Русева, Д., Бончева, Ив., Специфика на кризисните интервенции в донорската дейност. Известия на Съюза на учените, Варна, 2007-2008, 21-24.
3. Russeva D., Iv.Bontcheva: Conflict adaptation of people with traumatic suffer of a relative's death. In: AbstractBook, IV. WorldCongressforpositivePsychotherapy, Cyprus, 2007, S.58
4. Boncheva Iv., D. Russeva, Reaction during loss and mechanisms for adaptation in a period of severe mourning – Trakija Journal of Sciences. 2/2012, 44- 48 .
5. Русева Д. Кризисни интервенции. Медицинска психология. МУ-Варна, 2013,142 - 146.
6. Русева Д., Ив. Бончева. Кризи. Медицинска психология. МУ-Варна, 2013, 65 - 68.
7. Русева Д. Съобщаване на диагноза и скръбна вест. Разговор с болния и близките на болния. Медицинска психология. МУ-Варна, 2013, 114 - 117.
8. Русева Д. Балансов модел и кризисни реакции при хора, претърпели загуба на близък. 20 години Позитивна Психотерапия в България. Наука, Обучение, Практика. Славена, Варна, 2013, 189 - 195.