**Выполняем все письменно и отправляем на мою электронную почту**

[**kv2605@bk.ru**](mailto:kv2605@bk.ru)**,**

**мой телефон 89501009247**

**с уважением Коршунова В.Ю.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Практическое занятие**

**Тема «Психология кризисных состояний»**

**Задание 1**

1. Дайте определение понятию "кризис"
2. Перечислите типы кризисов, их характеристики
3. Опишите типы кризисных ситуаций.

**Задание 2.** Заполните таблицу, соотнесите описание кризисного переживания с типом переживаний

|  |  |
| --- | --- |
| Описание | Тип переживаний |
| характерен для сложившихся волевых личностей. Поскольку такой человек имеет опыт волевого поведения, то в критических ситуациях он сохраняет способность сознательно искать выход из сложившегося критического положения. |  |
| игнорирует свершившийся факт и отрицает его – «ничего страшного не случилось», формирует и поддерживает иллюзию благополучия и сохранности нарушенного содержания жизни. Это нарушенная защитная реакция инфантильного сознания. |  |
| полностью признает наличие критической ситуации, но отвергает пассивное принятие ударов судьбы. Ставшее невозможным жизненное отношение не сохраняется и не изгоняется. Ценностное переживание строит новое содержание жизни с учетом понесенной утраты. Например, человек, потерявший близких, строит свою жизнь так, чтобы заменить оставшимся близких того, кого он потерял (сохранить семейное дело, продолжить традиции, взять на себя заботу о них и т.д.). |  |
| подчиняется принципу реальности. Человек трезво относится к тому, что происходит, принимает случившееся, приспосабливая свои интересы к новому образу и смыслу жизни. При этом ранее содержащееся в его жизни отношение к вещам уже невозможно, человек бесповоротно отбрасывает прошлое и полностью находится в настоящем и будущем. |  |

* **Гедонистическое переживание**
* **Реалистическое переживание**
* **Ценностное переживание**
* **Творческое переживание**

**Задание 3**. Расположите по порядку от 1 до 4 стадии кризиса

***стадии кризиса***.

А)…..стадия. Для этой стадии характерно: первичный рост напряжения, при котором стимулируются обычные, привычные способы решения проблемы.

Б)…..стадия. Если все усилия оказываются напрасными, наступает стадия, характеризующаяся повышением тревоги и депрессии, чувством беспомощности и безнадежности и в конечном итоге происходит дезорганизация личности.

В)…..стадия. Еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников сил.

Г)….. стадия. Происходит дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными.

**Задание 4**

Расположите по порядку эмоциональные стадии горя

**…стадия –** «Отрицание» («нет, только не я», «это не правда», «не может быть»)

**… стадия** – «Принятия» («пусть будет», «никуда не денешься, значит судьба»)

**… стадия** – «Гнев» («почему я? Кто виноват?»)

**… стадия** – «Просьба об отсрочке» (« еще не сейчас», «еще немного»)

**… стадия** – «Депрессия» («да, это со мной, я умру», «нет выхода, все кончено»)

**Задание 5.** Составьте таблицу «Сестринское вмешательство на различных этапах переживания горя пациентом»

|  |  |
| --- | --- |
| Стадия горя | Действия медицинской сестры(акушера) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Задание 6.**

Составьте рекомендации по общению с родственниками пациента понесшими утрату **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Приложение**

**Кризисные состоянии, депрессия.**

Жизненный путь человека часто сравнивают с движением реки: она то спокойна и нетороплива, то вдруг появляются бурные повороты, узкие излучины, а кое-где глубокие омуты и ямы. Как жить, с кем жить, какого качества иметь жизнь – это вопросы, с которыми сталкивается в своей жизни каждый человек. В окружающем мире встречаются обстоятельства, которые выглядят резко отличающимися от других, особыми, выходящими за рамки привычного.

Китайская пиктограмма слова «кризис» отражает идею кризиса. Она состоит из двух основных радикалов: один изображает возможность, другой – опасность. Состояние необходимости нахождения решения толкает человека к поиску такого решения и дальнейшему развитию.

В современной психологии накоплен колоссальный опыт изучения поведения человека в кризисных ситуациях. С кризисом сталкиваются не только люди, находящиеся в кризисной ситуации, но и очевидцы. Участники спасательных ситуаций, телезрители, наблюдающие за экстремальными ситуациями в прямом эфире, медработники, оказывающие помощь, пострадавшим в катастрофах и т.д.

**Кризис** (от греческого kreses – решение, поворотный пункт, исход) – это тяжелое состояние, вызванное какой-либо причиной или как резкое изменение статусов персональной жизни.

*Кризисы различаются по длительности и интенсивности переживаемого состояния*.

В психологии выделяется **три типа кризисов**, которые могут иметь разные причины:

**кризисы развития, травматические кризисы и кризисы утраты**.

Состояние кризиса порождается вставшей перед человеком проблемой, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в быстрое время привычным способом.

Различают два типа кризисных ситуаций, в зависимости от того, какую возможность они оставляют для человека в последующей жизни.

Кризис первого типа – это серьезное потрясение, сохраняющее определенный шанс выхода на прежний уровень жизни.

Кризис второго типа требует отказа от имеющихся смысложизненных ценностей, оставляя в виде единственного выхода из положения изменение самой личности и смысла ее жизни.

Столкновение человека с непреодолимой преградой порождает кризис.

Состояние фрустрации отражает переживания человека в кризисной ситуации. Для фрустрации характерно наличие сильной мотивированной достичь цели и преград, препятствующих достижению этой цели.

 Такими преградами, барьерами, которые становятся на пути человека к желаемой цели могут быть физиологические барьеры (заключение, лишение свободы), биологические (старость, болезнь), психологические (страх интеллектуальной недостаточности, комплекс неполноценности и др.), культурологические (запреты, нормы, правила, принятые в данном обществе).

Барьеры могут быть также внешние и внутренние. Внешние барьеры – это те, которые не дают человеку выйти из ситуации, внутренние – отсутствие жизненного опыта, знаний, психологические особенности личности, психологические состояния личности.

Столкнувшись с преградой на пути к сильно желаемой цели, человек испытывает беспокойство, напряжение, ярость, враждебность, зависть, ревность, и если это состояние длится долго, то появляется чувство безразличия, апатия, утрата интереса, вина и тревога.

В психологии выделяют следующие типы фрустрационного поведения:

- двигательное возбуждение: человек много, беспорядочно движется, кидается из стороны в сторону, не может выбрать одну линию поведения;

- апатия: отсутствие интереса к деятельности, снижение двигательной активности, доходящей в крайнем выражении до неподвижности;

- агрессивное поведение;

- стереотипное поведение: человек начинает повторять какие-то движения, действия, которые когда-то в похожей ситуации ему помогали, но неизвестно, помогут ли они в данной ситуации;

- регрессивное поведение – поведение, которое характерно для человека в более ранние возрастные периоды жизни.

**Кризисные переживания** – это внутренняя работа по восстановлению душевного равновесия, наполнение новым смыслом человеческой деятельности после преодоления критической ситуации (Ф.Е. Василюк).

Ф.Е. Василюк выделяет четыре типа кризисных переживаний.

**Гедонистическое переживание** игнорирует свершившийся факт и отрицает его – «ничего страшного не случилось», формирует и поддерживает иллюзию благополучия и сохранности нарушенного содержания жизни. Это нарушенная защитная реакция инфантильного сознания.

**Реалистическое переживание** подчиняется принципу реальности. Человек трезво относится к тому, что происходит, принимает случившееся, приспосабливая свои интересы к новому образу и смыслу жизни. При этом ранее содержащееся в его жизни отношение к вещам уже невозможно, человек бесповоротно отбрасывает прошлое и полностью находится в настоящем и будущем.

**Ценностное переживание** полностью признает наличие критической ситуации, но отвергает пассивное принятие ударов судьбы. Ставшее невозможным жизненное отношение не сохраняется и не изгоняется. Ценностное переживание строит новое содержание жизни с учетом понесенной утраты. Например, человек, потерявший близких, строит свою жизнь так, чтобы заменить оставшимся близких того, кого он потерял (сохранить семейное дело, продолжить традиции, взять на себя заботу о них и т.д.).

**Творческое переживание** характерен для сложившихся волевых личностей. Поскольку такой человек имеет опыт волевого поведения, то в критических ситуациях он сохраняет способность сознательно искать выход из сложившегося критического положения.

Любой кризис предполагает два выхода: либо человек может восстановить прерванную кризисом жизнь, возродить ее, либо жизнь перерождается и человек перерождается, становится совершенно иным, и в этой иной жизни он ставит перед собой иные цели и ищет новые способы их достижения. В данном случае кризис выводит человека на новый уровень личностного развития.

Каждый кризис имеет свое течение, начало и основные фазы развития. Дж. Каплан описал четыре последовательные ***стадии кризиса***.

1 стадия. Для этой стадии характерно: первичный рост напряжения, при котором стимулируются обычные, привычные способы решения проблемы.

2 стадия. Происходит дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными.

3 стадия. Еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников сил.

4 стадия. Если все усилия оказываются напрасными, наступает стадия, характеризующаяся повышением тревоги и депрессии, чувством беспомощности и безнадежности и в конечном итоге происходит дезорганизация личности.

Кризис может прекратиться на любой стадии, если исчезает опасность, препятствия или находится решение проблемы.

**Структура кризиса**, характерная для всех типов кризисов:

- источники кризиса: противоречия, проблемы, возникшие у человека;

- симптомы, т.е. особенности отражения переживаний, которые проявляются в поведении человека;

- возможные обстоятельства, усугубляющие протекание кризиса;

- обстоятельства, облегчающие выход из кризиса;

- пути выхода из кризиса;

- влияние кризиса на успешность деятельности человека;

- формы «расплаты» за невыход из кризиса;

- особенности психологической помощи, в которой нуждается человек, оказавшийся в кризисной ситуации.

Каждая конкретная критическая ситуация не является каким-то застывшим образованием, она имеет сложную внутреннюю динамику, в которой различные типы ситуаций влияют друг на друга через внутреннее состояние, внешнее поведение человека и его последствия.

В состоянии кризиса меняется эмоциональная сфера человека. Человек может испытывать одно из трех доминирующих чувств: депрессию, деструктивное чувство или одиночество.

**Депрессивная реакция** проявляется в таких чувствах, как апатия, равнодушие, разочарование, усталость, тоска, подавленность, безразличие.

К ***деструктивным чувствам*** относится раздражительность, злость, обида, агрессия, ненависть, досада, упрямство, придирчивость, мнительность, зависть.

**Одиночество** выражается в таких переживаниях, как чувство ненужности, непонимания, тупика, безнадежности, пустоты рядом.

У человека в кризисном состоянии изменяется объем общения: он либо резко ограничивает (уход в себя), либо резко возрастает (одиночество в толпе). Человек ищет в частоте поверхностных контактов с другими людьми забвения.

В ряде психологических исследований установлено, что у мужчин и женщин существуют различные ***схемы переживания кризиса***.

**Схемы, характерные для женщин, связаны с общением**. Стереотипы фемининности, существующие в общественном сознании, разрешают женщине показать себя слабой, делиться своими проблемами, просить помощи в их решении. Подобное же поведение у мужчин не одобряется, осуждается обществом.

**Схемы, характерные для мужчин,** более связаны с внутренними переживаниями. Стереотип маскулинности предполагает способность самостоятельно справляться с ситуацией, независимость в принятии решений. Мужчина должен совершать внутреннюю невидимую работу над кризисной ситуацией, поэтому у мужчин отсутствие внешних признаков кризиса не означает его действительное отсутствие. В то же время напряжение внутри человека склонно накапливаться и может проявиться в том числе и в виде аутоагрессии, суицидального поведения.

Женщины во время кризиса более склонны к проявлению агрессивных эмоций и агрессивного поведения, чем мужчина, хотя в обычные периоды жизни мужчины проявляют большую степень агрессивности.

**Признаки приближения кризиса**:

1. **Наличие проблемы**, которая создает дискомфорт, распространяющийся на многие сферы жизни. Например, напряженные отношения на работе продолжают занимать мысли человека и дома, и на отдыхе, и при общении с друзьями. Психическое состояние начинает влиять на физиологическое, что проявляется в потере аппетита, нарушениям сна, теряется радость, получение удовольствия от того, что раньше его доставляло. 2. Далее изменяются в худшую сторону отношения с окружающими и близкими людьми. Человека начинает испытывать раздражение от того, что раньше воспринималось индифферентно. Появляется чувство того, что окружающие не понимают происходящего с человека и делают ему что-то назло. Возникает устойчивое чувство того, что какая-то личностная особенность, стиль общения, реакция на замечания, восприятие критики мешает продвижению вперед в самом общем смысле, мешает карьерному росту, личностному совершенствованию.

Большинство психологических кризисов у практически здоровых, как в психическом, так и физическом соотношении, людей имеют такие проявления. Но личностные проявления типичных проявлений кризисного состояния имеют свои особенности. Эти особенности определяют вид ситуационной реакции на стресс кризисной ситуации.

А.Г. Амбарцумова выделяет ***шесть типов ситуационных реакций*** на стресс кризисной ситуации.

1. Реакция эмоционального дисбаланса, для которой характерно доминирование отрицательных эмоций. У человека снижается общий фон настроения, присутствует чувство дискомфорта различной степени, повышается тревожность, сокращается круг общения, общение становится более поверхностным и формальным. Длительность такого рода реакций – до двух месяцев. У человека резко повышается уровень утомляемости. Но именно в этот момент человек наиболее открыт для психологического воздействия и психологическая помощь при такой реакции наиболее эффективна.

2. Пессимистическая ситуационная реакция. Выражается изменением мироощущения, установлением мрачной окраски мировоззрения, суждений, оценок, изменением и переструктурированием системы ценностей с тенденцией к увеличению негативных. Стойко снижается уровень оптимизма, соответственно снижается продуктивность планирования деятельности в будущем. На первое место выходят мрачные прогнозы, события и их динамика окрашены в черные тона. Эмоциональные нагрузки воспринимаются как удары судьбы, которые можно не только принимать, но им нельзя противодействовать. События представляются неконтролируемыми, а собственная воля – ничтожной. Активность человека при таком типе реакции падает до нуля, человек даже не пытается что-то изменить в своей жизни. При этом оценка своих возможностей может быть завышена. Создается ситуация преувеличенного стресса. Этот тип реакции имеет самую большую длительность – в среднем три месяца. Психологическая помощь при такой форме реакции крайне затруднена и сложна.

3. Реакция отрицательного баланса. Это реакция, для которой характерно рациональное подведение жизненных итогов, оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение отрицательных и положительных моментов продолжения жизни. При наличии преимущественно внутренних конфликтов в личности выводится отрицательный жизненный баланс. Такие реакции наблюдаются у людей с тяжелыми, неизлечимыми заболеваниями (рак, лейкоз), знающих о неизбежности усиления страданий и неминуемой смерти, у одиноких людей старшего возраста, критически оценивающих свое прогрессирующее физическое одряхление. Подведение баланса предполагает высокий уровень критичности, четкость и реалистичность суждений. Реакция отрицательного баланса длится в среднем до месяца.

4. Ситуационная реакция демобилизаций отличается наиболее резкими изменениями в сфере контактов (отказ от привычных контактов или их значительное ограничение), что вызывает устойчивое переживание одиночества, беспомощности, безнадежности. Также наблюдается частичный отказ от деятельности. Человек фактически избегает какой-либо деятельности кроме самой жизненно необходимой. Продолжительность этого типа реакции в среднем составляет один месяц. Если человеку созданы условия для отдыха, он освобождается от тяжелых забот и ответственности, то эта ситуация разрешается.

5. Ситуационная реакция оппозиции. Для нее характерна внешне обвинительная позиция, человек становится агрессивным, резко отрицательно оценивает окружающих, их деятельность. Эта реакция обычно постепенно угасает сама по себе. Но в случае глубокой и высокой интенсивности требует принятия защитных мер, иначе резко нарушается социальная адаптация человека.

6. Реакция дезорганизации. Здесь наблюдаются наиболее выраженные изменения на уровне организма – гипертонические и вегето-сосудистые кризы, нарушения сна. Продолжительность этого типа реакции обычно не превышает в среднем двух недель. Эта реакция не выполняет защитной функции в отличие от остальных типов реакций, которые могут быть признаны реакциями психологической защиты, т.к. экономят психическую энергию человека, тем или иным способом ограничивая его реальную практическую деятельность без нарушения системы адаптации.

На формирование вида ситуационной реакции оказывают влияние следующие факторы:

- активность или пассивность человека, в зависимости от которой реакция будет более или менее длительной. Активный, энергичный человек включает всю систему защиты, в результате чего срабатывает адаптация и интенсивные отрицательные эмоции быстро изживаются.

- степень интеллектуального контроля и коммуникативные навыки личности.

Причинами возникновения кризисных ситуаций являются, с одной стороны, социальные и ситуационные факторы, с другой стороны – индивидуальные психологические и биологические особенности самого человека.

Предрасположенность к кризисным состояния особенно велика у детей, подростков и лиц старшего возраста, люди с физическим истощением, имеющие психотравму, пережившие тяжелую потерю.

Большое значение для возникновения кризисных ситуаций имеют характер и интенсивность стрессовой ситуации. Стрессовые факторы могут быть острыми, внезапно возникающими, опасными для жизни (природные и техногенные катастрофы, войны, аварии и т.д.) или хроническими, постоянными, растянутыми во времени (социально-экономические трудности, конфликтные ситуации и т.д.).

**Эмоциональные стадии горя.**

**1 стадия –** «Отрицание» («нет, только не я», «это не правда», «не может быть»)

**2 стадия** – «Гнев» («почему я? Кто виноват?»)

**3 стадия** – «Просьба об отсрочке» (« еще не сейчас», «еще немного»)

**4 стадия** – «Депрессия» («да, это со мной, я умру», «нет выхода, все кончено»)

**5 стадия** – «Принятия» («пусть будет», «никуда не денешься, значит судьба»)

Очень важно распознать в какой стадии находится больной на данный момент, чтобы оказать ему соответствующую помощь.

Для ряда пациентов первая стадия является шоковой и носит защитный характер. У них возникает конфликт между желанием узнать правду и желанием избежать тревогу. Как только пациент осознает реальность происходящего, его отрицание сменяется гневом . Трудной для него бывают стадии отрицания и гнева . Пациент раздражителен, требователен и может стать неприятным, если гнев переносится на семью или медперсонал.

Иногда пациент пытается совершить сделку с собой и с другими, и выиграть дополнительное время на жизнь. Когда же смысл заболевания полностью осознается, наступает стадия депрессии.

**Признаки депрессии:**

**-** постоянное плохое состояние;

- потеря интереса к окружающему;

- чувство вины и собственной неполноценности;

- безнадежность и отчаяние;

- попытки самоубийства или постоянные мысли о суициде.

Эмоционально – психологическое состояние пациента на пятой стадии претерпевает принципиальные изменения. Человек подготавливает себя к смерти и принятию ее как факта. В этой стадии идет интенсивная духовная работа – покаяние, оценка свей жизни и той меры добра и зла, которой можно оценить свою прожитую жизнь. Пациент начинает испытывать состояние покоя и умиротворения.

**Стадия горя (Сестринское вмешательство)**

**«Отрицание»**

**1.** выяснить свои чувства по отношению к смерти, т.к. личное неприятие и страх могут быть перенесены на пациента.

**2.** Просить пациента описать на бумаге своичувства, опасения, страхи. Это способствует психологической переработке этих эмоций. Важно посидеть у кровати больного (уменьшается его чувство заброшенности);

Внимательно слушать и сопереживать чувства больного (уменьшает чувство изоляции, способствует построению взаимоотношений); подержать руку, коснуться плеча (физическое прикосновение некоторым больным приносит чувство комфорта и демонстрирует заботу о них).

**3.** Информировать больного. Поощрять те его вопросы, которые он готов задать (правильная информация может уменьшить беспокойство и прояснить ситуацию). Однако, если у пациента отмечается выраженная реакция, и он не желает знать о смерти, то говорить об этом нельзя, это было бы ошибкой.

**«Гнев»**

**1.**Признать право пациента испытывать гнев, что вызывает ощущение поддержки и взаимопонимания (дать больному «выплеснуться»).

**2.**Работать с пациентом так, чтобы он перевел гнев в позитивное русло (постановка целей, принятие решений, борьба с болезнью). Это поможет больному повысить чувство собственного достоинства, держать эмоции под контролем и ощутить поддержку со стороны медперсонала.

**«Просьба об отсрочке»**

**1.**Обеспечить поддержку (возможность обратиться к кому- либо и быть понятым помогают пациенту справиться со своими чувствами). Не призывайте пациента стойко переносить несчастье, держаться и быть сильным. **«Депрессия»**

**1.**Вовлекать пациента в привычный для него жизненный уклад (сокращает время, проводимое в размышлениях).

**2.** Уделять пациенту достаточное количество времени и общаться с ним (уменьшает чувство изоляции и способствует взаимопониманию).

**3.** Стараться держать под контролем чувство боли (комфортное состояние увеличивает желание пациента взаимодействовать с другими и уменьшает тенденцию к требованию к уединению).

**4.** Настроить пациента на обсуждение вопросов вины и потери, что поможет уменьшить чувство вины и возможны мысли за наказание за прошлые действия.

**5.** Предоставлять пациенту необходимое личное пространство (при туалете, купании). Это поддерживает чувство собственного достоинства.

**«Принятие»**

**1.**Поддерживать контакт, даже если пациент не хочет общаться (уменьшение чувства изоляции).

**2.** Продолжать контроль за болевыми ощущениями (поддерживает состояние покоя и умиротворения на финальной стадии).

**3.** Оказывать духовную поддержку (пригласить священника …). Это поможет переосмыслить свою прожитую жизнь, покаяться, рассеять неразумный подход к вопросам религии и веры.

Умение общаться требует от человека быть честным, уважать чувства других и обладать способностью к состраданию.

**Помните! Отношения между медсестрой и обреченным пациентом основаны на доверии. Поэтому не обманывайте пациента.**

Тем не менее, не предоставляйте изменению информацию и избегайте бездумной откровенности. В основном пациенты хотят знать как можно больше о своем состоянии. Однако будьте готовы остановиться, если пациент дает вам понять, что он получил достаточно сведений.

**Общение с пациентом**

1. Выделите время для неспешной непрерывной беседы.
2. Присядьте и дайте понять пациента, что у вас есть для него время.
3. Постарайтесь, чтобы ваш взгляд был на одном уровне со взглядом пациента.
4. Очень важно говорить в уединенной обстановке.
5. Важно поощрять больного к продолжению беседы, показав заинтересованность кивком головы или фразой:
6. «Да, я понимаю».

Когда люди страдают, они стремятся к неформальному общению, в отличие от того состояния, когда они спокойны и владеют собой.

Помните, что при беседе с пациентом очень важно наличие оптимального физического пространства между вами. пациент будет чувствовать себя неудобно, если вы находитесь от него слишком близко. Если же далеко – это будет дополнительным барьером для общения. Многое зависит от ответной реакции пациента и его семьи на общение с вами. Она показывает, как вы влияете на больного, и как может он реагировать на ваши взаимоотношения. Может возникнуть разлад в общении из-за того. Что сказанное медсестрой бывает непонятно пациенту, поэтому избегайте (мед лексики) мед. термины. Будьте готовы к религиозным и философским беседам, диалогам с пациентами о справедливости, о смысле жизни, о добре и зле. Вся трудность в такой ситуации заключается в том, что философские суждения здесь, в первую очередь, важны не сами по себе, а как средство утешения, применения обреченного человека со своей судьбой. Умирающие больные очень остро чувствуют неискренность собеседника, болезненного относятся к малейшим проявлениям безразличия. Поэтому при общении с ними очень важно сохранять доброжелательность, милосердие и профессионализм независимо от личных проблем и обстоятельств.

Смерть часто является тяжелым потрясением для родных, а поэтому к ним в таких случаях следует отнестись с особой заботой и вниманием, оказать им психическую поддержку.

Неизлечимая болезнь, смерть близкого человека является для его родных большой психологической травмой. Они могут уставать , у них могут развиваться раздражение ,депрессия злость по отношению к умирающему. Оказание психологической помощи семье умирающего человека является

важной частью в работе медицинской сестры, которая может поддержать семьи и после его смерти. Семья, переживающая смерть родного , близкого человека тоже проходит стадии горя . Горе потери может омрачить всю последующую жизнь остающихся жить . Последствия могут отразиться на их психическом равновесии и подорвать здоровье. От горе невозможно спрятаться, его надо принять и глубоко переживать; потеря д\б воспринята не только умом , но и сердцем. Без такого полного переживания горе будет продолжительным и может привести к хронической депрессии. Потери радости жизни и даже всякого желания жить. Изживание горя делает человека способным вспоминать умершего без эмоциональной боли и сохранить живые чувства для других.

**Стадии горя, переживаемые родственниками умершего.**

1. **Шок, оцепенение, неверие**. Скорбящие люди могут чувствовать себя в отрыве от жизни , т.к. реальность смерти еще не полностью достигла сознания и они еще не готовы принять потерю.
2. **Боль,** испытываемая из – за отсутствия умершего человека . так описывает это состояние: «отсутствие умершего человека ощущается везде. Дом и семья наполнены болезненными воспоминаниями . Горе несет скорбящего на волне сильного и длительного напряжения, охватывает сильнейшая тоска».
3. **Отчаяние** (волнение, гнев, нежелание вспоминать). Наступает, когда приходит осознание того, что умерший не вернется, В это время часто отмечается снижение концентрации внимания, злость, вина, раздражительность, беспокойство и чрезмерная печаль.
4. **Принятие (**осознание смерти). Скорбящие люди могут мысленно сознавать неизбежность потери задолго до того ,как их чувства дадут им возможность принять правду. Депрессия и колебание чувств может продолжаться больше года после похорон.
5. **Разрешение и перестройка.** Вместе с умершим человеком уходят старые привычки поведения и возникают новые, которые ведут к новой фазе принятия решений. В этой фазе человек в состоянии вспоминать умершего без всепоглощающей печали.

Знание стадий горя, переживаемых родственниками умершего необходимы для того, чтобы избежать неправильного отношения к скорбящему, вспыльчивого суждения о его переживаниях в настоящий момент. Поддерживая скорбящего, можно способствовать здоровому ходу процесса переживания печали. Мысль о том, что что-то может быть сделано и существует конец переживаний, является сильным противоядием беспомощности, которую испытывает скорбящий. У многих родственников остается полное чувство вины: «Если бы я только это выполнил, он бы не умер». Нужно помочь им высказать и обсудить их чувства. Известно, что некоторые особенно уязвимы в период переживаний по поводу потери близких. Поэтому существует риск, что они будут скорбить слишком эмоционально. Это может проявляться необычайно сильными реакциями и продолжаться более 2 лет.

**Потеря (смерть )ребенка**

**Что вам, возможно, уже известно**

* Горе — это эмоциональная и социальная реакция на потерю, в то время как горевание (беривемент) — это состояние переживания после тяжелой утраты кого-то или чего-то дорогого. Скорбь — это внешнее выражение утраты.
* Семьи, сообщества людей и разные культуры могут горевать и скорбеть по-разному. Ритуалы могут помочь обрести исцеление и облегчение.
* Важно, чтобы медики всегда с уважением относились к пожеланиям семьи, к ее культурным традициям и нормам.
* Врачи и медсестры могут играть огромную роль в том, чтобы помочь людям переживать горе, просто сохраняя стабильность и профессионализм, оставаясь опытным слушателем, выполняя роль человека, который помогает в практических вопросах, таких как получение льгот, больничных листов и психологической помощи.

**Что вам может быть полезным**

* Горе — это естественное следствие смерти близкого человека, но, когда умирает ребенок, его смерть причиняет гораздо больше страданий близким ему людям. Смерть ребенка может кардинально изменить их жизнь. Члены семьи, особенно родители, могут горевать очень долгое время, и им может потребоваться постоянная поддержка или консультирование, чтобы помочь вернуться к жизни и справиться с потерей.
* Смерть ребенка часто оказывает влияние на большое число членов семьи, включая родителей и тех, кто ухаживал за ребенком, бабушек и дедушек (которые могут горевать не только об умершем внуке или внучке, но также и о потере, которую пережил их ребенок), братьев и сестер, в том числе двоюродных, а также дальних родственников или приемную семью.
* Умирающему ребенку тоже нужно принять собственную приближающуюся смерть.
* Будучи врачом или медсестрой, вы уже обладаете опытом общения с людьми, перенесшими тяжелую потерю. Важно не забывать о глубоких душевных переживаниях, которые может повлечь за собой смерть ребенка, а также о том, что у понесших утрату детей и взрослых горе проявляется по-разному.

**Понесшие утрату горюющие родители**

Такие родители нуждаются в особом внимании. Никто не может спрогнозировать, как они будут чувствовать себя после смерти собственного ребенка. Большинство родителей описывают это как ураган эмоций, варьирующих от оцепенения до яростного гнева, глубокой печали и некоего облегчения. Нерациональное на первый взгляд поведение и реакции тоже довольно часто встречаются, так же как и подавляющее физическое опустошение и маниакальная активность.

Родители могут пытаться говорить с вами, просто искать в вас того, кто слушает. Однако в большинстве случаев их нужно перенаправлять в специальные службы, которые смогут помочь им справиться с потерей (если таковые есть в наличии). Сразу после потери ребенка важно поддерживать контакт с семьей, т.к. родители могут чувствовать себя лишенными чего-то важного, — еще вчера они получали интенсивную паллиативную помощь и вдруг все закончилось. Будет хорошо, если внутри команды вы договоритесь о некоем плане поддержки семьи после смерти ребенка, чтобы помочь им привыкнуть к жизни без него и попытаться вернуть ощущение «нормальности» в свою жизнь. Некоторым семьям помогает, когда каждый день в течение первых нескольких месяцев они фокусируются на смерти своего ребенка в определенное время, вместо того чтобы давать горю поглощать себя каждую минуту. Очень помогает, когда другие люди помнят такие важные моменты, как день рождения, религиозные праздники или годовщина смерти ребенка.

Имеет смысл рекомендовать некоторым семьям собрать «шкатулку памяти», положив в это особое место любимые вещи ребенка, например одеяльце, медвежонка, что-нибудь, что напоминает об их малыше. Книги или альбомы памяти, в том числе с фотографиями, тоже помогут родителям высвобождать эмоции и иметь вещи, напоминающие об их ребенке. Необходимо признать, что скорбь об ушедшем любимом ребенке может никогда не закончиться и не исчезнуть.

Талбот (*Talbot*) — мать, потерявшая ребенка и консультант по переживанию горя, пишет: *«Исцеление после смерти ребенка не означает полное избавление от боли. Исцеление означает принять эту потерю и научиться жить с ней. Это означает быть способным любить других людей и снова отдавать себя жизни. Исцеление наступает тогда, когда родители решают, что они не позволят боли быть единственным проявлением того, что они по-прежнему любят своего ребенка» (Talbot, 2002).*

**Психолог фонда «Свет в руках» Маргарита Никушина дала советы медикам, как правильно выстроить беседу при сообщении диагноза и плохих новостей пациенту.**

1. Важно убедиться, что есть время, чтобы при необходимости ответить на  
вопросы пациента. Сообщать диагноз в приватной комфортной рабочей  
обстановке, желательно в кабинете врача, без посторонних лиц и лишнего  
шума.  
  
2. Подготовить пациента к тому, что разговор будет непростой. «Нам  
предстоит непростой/тяжелый разговор». Позаботиться о возможности  
экстренной помощи пациенту в случае острой реакции на информацию о  
диагнозе.  
  
3. Сообщить диагноз или факт гибели ребенка и обязательно выразить  
сочувствие словами «мне очень жаль», «я вам сочувствую». Использовать  
наиболее точную и простую формулировку медицинских терминов, которая  
была бы понятна родителям.  
  
4. Врач должен убедиться, что его правильно поняли. Повторить  
информацию еще раз, попросить рассказать родителей, все ли им понятно,  
записать то, что родителям необходимо сделать далее. У врача должны быть  
дополнительные печатные материалы для пациента с информацией о  
заболевании и возможности получить быструю медицинскую и медико-  
психологическую помощь.  
  
5. При необходимости передать пациента сопровождающим родственникам  
или психологу. Сообщить родителям о возможности получения помощи и  
поддержки.