

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской
реабилитации и психиатрии

Р.В. Левковский, А.Л. Цитко, И.М. Сквиря, Б.Э. Абрамов

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ В СМИ, ТРУДОВЫХ И УЧЕБНЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Учебно-методическое пособие для врачей психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, врачей-интернов, врачей общей практики, психологов, студентов 4-6 курсов медицинских вузов всех факультетов

Гомель
ГомГМУ
2019

УДК 616.89-008.441.44-084(083.13)

ББК 56.14-322я81

П84

Рецензенты:

доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и
наркологии с курсом ФПКиПК УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»

А.А. Кирпиченко

кандидат медицинских наук, главный врач учреждения здравоохранения
«Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
врач-психиатр-нарколог первой квалификационной категории»

А.А. Александров

Левковский, Р.В.

П 84 Профилактика суицидов в СМИ, трудовых и учебных коллективах: метод. пособие для врачей психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, врачей-интернов, врачей общей практики, психологов, студентов 4-6 курсов медицинских вузов всех факультетов / Р.В. Левковский, А.Л. Цитко, И.М. Сквиря, Б.Э. Абрамов – Гомель: ГомГМУ. – 2019. – 20 с.

Учебно-методическое пособие освещает вопросы ораторского искусства, критерии психического здоровья и признаки депрессии, как основного фактора риска суицидального поведения, понятие о кризисной ситуации и способах ее преодоления, основные положения оказания психиатрической помощи населению по профилактике суицидов и проблемы, встречаемые на этом пути.

Предназначено для специалистов, оказывающих помощь населению в области психиатрии и освещающих вопросы профилактики суицидов в СМИ, трудовых и учебных коллективах (врачей психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, психолог, врачей-интернов, врачей общей практики, а также студентов 4-6 курсов медицинского университета всех факультетов).

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» , протокол №

УДК 616.89-008.441.44-084(083.13)

ББК 56.14-322я81

©Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
1. Ораторское искусство.....	5
2. Психическое здоровье.....	8
3. Разница между психиатром, психотерапевтом и невропатологом.....	10
4. Депрессия, как один из факторов риска суицидального поведения.....	11
5. Трудная жизненная ситуация, кризисная ситуация.....	14
6. Психотерапия.....	15
7. Барьеры на пути оказания помощи.....	16
8. Особенности установки диспансерного наблюдения за лицами, страдающими психическими и поведенческими расстройствами.....	18
9. Ответы на часто задаваемые вопросы в ходе публичных выступлений.....	19

ВВЕДЕНИЕ

Согласно ст. 63 «Меры по охране здоровья населения» Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (1993, в редакции 2008 года) к мерам по охране здоровья населения относятся:

формирование у населения навыков здорового образа жизни, ответственности за собственное здоровье и здоровье окружающих.

Разделом 4 «Информационное обеспечение» и разделом 5 «Мероприятия по профилактике суицидов среди детей и подростков» регионального плана по реализации комплекса мероприятий по профилактике суицидального поведения населения Гомельской области предусмотрены следующие мероприятия:

- организация выхода в эфир телевизионных и радиопрограмм, социальных тематических материалов, пропагандирующих семейные и духовные ценности, конструктивное решение психологических проблем с помощью специалистов, в т.ч. с участием представителей религиозных конфессий;

- организация on-line конференций, семинаров по профилактике суицидов;

- создание в областных, городских и районных печатных средствах массовой информации постоянно действующих тематических рубрик профилактической направленности «Вопросы к психологу»;

- организация и проведение семинаров и тренингов для работников учреждений здравоохранения первичного звена по вопросам профилактики суицидов, распознаванию депрессивных расстройств у детей и подростков, лечения и реабилитации после суицидальных попыток;

- организация и проведение обучающих тренингов и семинаров для работников учреждений образования по вопросам раннего выявления детей и подростков с тревожно-депрессивными расстройствами и суицидальным риском;

- проведение информационно-образовательных акций среди учащихся с целью повышения осведомленности в вопросах, связанных с психическим здоровьем

- проведение межведомственных областных, районных, городских совещаний, образовательных семинаров, конференций по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних с приглашением сотрудников правоохранительных органов и других заинтересованных ведомств;

- проведение в учреждениях образования тематических родительских собраний по вопросам психического здоровья подростков с привлечением психологов и работников здравоохранения.

В качестве специалистов для участия в вышеперечисленных мероприятиях привлекаются врачи-психиатры-наркологи, врачи-

психотерапевты и психологи организаций здравоохранения. При проведенном анализе статей, размещаемых в региональных средствах массовой информации, посещениях конференций, семинаров, круглых столов, родительских собраний на которых выступали специалисты были выявлены следующие проблемные вопросы:

1. Использование в выступлении большого числа профессиональных терминов, сложных для восприятия аудиторией без специального медицинского образования;

2. Недостаточное информирование аудитории о конкретных способах оказания психологической поддержки близким в трудных жизненных ситуациях;

3. Стигматизация лиц из группы риска совершения суицида: использование сленговых оборотов, неприемлемых для освещения профилактики суицидального поведения;

4. Формирование у населения пониженного порога суицидального поведения – рефлекторного выбора суицидального поведения как способа решения трудных жизненных ситуаций из-за детального описания психологии и причин суицида, которая является информацией для специалистов;

5. Отсутствие доступной и понятной информации о Постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2017 г. № 95 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения», а именно критериях установки диспансерного наблюдения, т.н., «психиатрического учета»;

6. Низкий уровень ораторского искусства у выступающих.

1. ОРАТОРСКОЕ ИСКУССТВО

Ораторское искусство (красноречие, искусство красноречия) — искусство публичного выступления с целью убеждения. Ораторское искусство — это гармоничное сочетание риторики, приёмов актёрского мастерства (подача) и психологических техник.

Оратор обращается к народу с ораторской речью, чтобы не только донести до слушателя информацию, но и получить ответную реакцию в виде заинтересованности (убедить) или каких-либо действий (побудить). Такая речь всегда имеет агитационный характер. Для этого оратор должен быть воодушевлён предметом своей речи и вкладывать в неё то, что он считает нужным и полезным для его слушателей.

В изложении материала следует придерживаться следующих принципов:

1. Ясность, последовательность, непротиворечивость и обоснованность.
2. Убедительность, аргументированность.
3. Выразительность.

Для успешного публичного выступления необходимо.

Нужно твердо знать то, о чем вы собираетесь говорить.

Если человек не обдумал, заранее не спланировал свою речь и не знает, что он будет говорить, он не может чувствовать себя уверенно перед слушателями. Он будет напоминать слепого, ведущего другого слепого. В этом случае такой оратор неизбежно будет смущаться, чувствовать себя виноватым, стыдиться своей небрежности.

Легче избавиться от смущения, если что-то делать перед аудиторией, например, взять в руки что-нибудь: ручку, папку, лист бумаги, написать что-либо на доске. Любое физическое действие, имеющее определенную цель, может помочь почувствовать себя более непринужденно.

Проявляйте уверенность.

Чтобы выработать в себе смелость перед лицом аудитории, ведите себя так, будто вы уже обладаете этой смелостью. Само собой разумеется, если вы не подготовлены, то никакие действия не помогут. Но если вы хорошо знаете, о чем вы собираетесь говорить, решительно встаньте и сделайте глубокий вдох. Дышите глубоко в течение тридцати секунд до того, как вы окажетесь перед аудиторией. Повышенный приток кислорода взбодрит вас и придаст смелости.

Выпрямитесь во весь рост, смотрите прямо в глаза слушателям и начинайте говорить так уверенно, как будто они все должны вам деньги. Это даст благоприятный для вас психологический эффект.

Не надо нервными движениями застегивать и расстегивать пуговицы на пиджаке, перебирать в руках бусы или делать суетливые движения руками.

Подготовка к публичному выступлению.

Что такое подготовка? Чтение книг? Это один вид подготовки, но не лучший. Чтение может помочь. Но если человек попытается извлечь из книг множество «консервированных» мыслей и немедленно выдать их за свои собственные, то в его выступлении будет чего-то недоставать. Слушатели могут и не понять, чего именно недостает, но они, тем не менее, будут холодны к оратору.

Необходимо чтобы текст выступления стал продуктом вашего собственного мозга, чтобы он развивался, рос и оформлялся. Наполняйте текст своего выступления информацией из любых источников: книг, Интернета, газет, фильмов, новостей, бесед с друзьями или коллегами.

Настоящая подготовка выступления означает подбор ваших мыслей, идей, убеждений, побуждений. Ведь у вас есть такие мысли, побуждения. Они возникают у вас ежедневно, когда вы бодрствуете, они даже проникают в сновидения. Все существование наполнено чувствами и переживаниями. Все это лежит в глубине вашего подсознания в таком же обилии, как камешки на морском берегу. Готовиться – это значит думать, вынашивать мысли, вспоминать, отбирать те из них, которые вас особенно привлекают, отшлифовывать их, располагать в определенном порядке, создавать своего рода мозаику.

Пусть ваш рассказ вызовет человеческий интерес и сострадание, пусть это будет картина подлинной жизни, основанная на собственном опыте. Правдивая история любой жизни, если она рассказана скромно и без оскорбительного самолюбования, слушается с большим интересом. Можно быть почти уверенным, что такая речь окажется удачной.

Или расскажите о людях, с которыми вы сталкиваетесь, – о честных и нечестных. Чему научила вас работа в интереснейшей области – в понимании человеческой природы? Если вы будете говорить о технической стороне работы, то есть о деталях, ваш рассказ вполне может оказаться неинтересным для других. Но если речь идет о людях, о личностях, то вряд ли рассказ о них будет неудачным.

И самое главное – не превращайте свое выступление в абстрактную проповедь. Это вызовет скуку. Пусть ваш рассказ будет чем-то вроде слоеного пирога из конкретных примеров и высказываний общего характера.

Вспомните, какие конкретные случаи вы наблюдали и какие общие истины, по вашему мнению, можно подтвердить этими примерами. Вы убедитесь в том, что конкретные примеры значительно легче запомнить, чем абстракции, и что говорить о них значительно легче. Они также сделают ваше изложение более живым и ярким.

Важными моментами в публичных выступлениях, касательных профилактики суицидов являются:

1. Не надо представлять суицид в качестве «таинственного» поступка заведомо «здоровой» или «хорошо функционирующей» персоны.
2. Не представляйте суицид как разумный способ решения проблем.

3. Избегайте подробного описания способа и места суицидальных действий.

4. Ограничивайте остроту подачи информации, ее объем и количество историй о конкретном суициде. Избегайте помещения репортажей о суициде на первой полосе издания.

5. Избегайте «поиска виновного» в суициде. Это одна из распространенных психологических защит людей, переживающих суицид близкого. Тщательное расследование обычно показывает, что в большинстве случаев причиной суицида является множество факторов, а не действия конкретного человека.

6. Подчеркивайте, что суицид является следствием комплекса психологических и социальных проблем или психических расстройств (чаще всего депрессии), многие из которых поддаются лечению.

7. Не избегайте упоминания о психологических проблемах, психических расстройствах или зависимости от алкоголя или наркотиков.

8. Важно избегать категоричности в оценке причин суицида и психической патологии. Необходимо информировать общество о том, что причиной психических расстройств (например, депрессии) является сложный комплекс социальных, семейных, воспитательных, психологических и биологических факторов. Соответственно, помощь должна быть тоже комплексной, основанной на взаимодействии специалистов социального сектора, психологов, психотерапевтов и психиатров.

6. Предоставляйте информацию о местных ресурсах социальной, психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи.

7. Рассказывайте истории о том, как индивиду удалось справиться с трудностями, избежав суицидальных действий, в т. ч. благодаря своевременной психологической и социальной поддержке и лечению.

8. Может быть полезной образовательная информация о симптомах депрессии, суицидальных знаках, мифах о суициде и законодательных актах, имеющих отношение к медицинской и психиатрической помощи.

2. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

В начале любого выступления, которое посвящено предупреждению суицидального поведения или профилактике развития психических, или поведенческих расстройств среди любой аудитории необходимо начинать с определения понятия психического здоровья, психической нормы и ее границ.

Целесообразно при определении понятия психического здоровья не использовать специальные термины. Для формирования у аудитории понятия психического здоровья следует приводить наглядный пример психически здорового человека, который в целом удовлетворён своим физическим здоровьем (*при этом он может болеть какими-либо соматическими заболеваниями, однако степень их выраженности не вызывает у него ощущения психологического дискомфорта и критически не влияет на его качество жизни*), его эмоциональные реакции достаточно выразительны и адекватны ситуации в которой он находится (*улыбается при получении радостных известий, плачет или грустит узнавая или вспоминая о потерях, неудачах или утратах, злится когда что-то не получается или другие люди пытаются заставить его сделать что-то вопреки его желаниям*), он способен по своему выбору устанавливать дружеские, рабочие и сексуальные отношения и получать удовольствие от этих отношений. Такой человек жизнерадостен, обладает чувством юмора, способен принимать решения, основываясь на собственном жизненном опыте и нести ответственность за последствия принятых решений или совершенных действий, настроен на личный жизненный успех.

В интеллектуальном плане такой человек способен находить выход из сложных жизненных ситуаций, способен к накоплению знаний и навыков, способен планировать свою жизнь, уверен в своих силах, может проявлять настойчивость и упорство, которые сочетается с умением вовремя останавливаться и признавать собственные ошибки.

Признаками психического здорового человека является способность справляться с жизненными трудностями, «держать удар». В этом ему помогают сформированные сознательные механизмы совладения с трудными ситуациями, так называемые, «копинг-стратегии» (*например, выбор рационального объяснения произошедшего и извлечение из ситуации урока – признание собственных ошибок и ошибок других участников данного события для использования этих знаний с целью недопущения подобных ситуаций в дальнейшем*).

Для установки контакта с аудиторией можно использовать один из вариантов взаимодействия: предложите аудитории ответить на ряд вопросов

(присутствующие могут отвечать или «мысленно для себя» или письменно на заранее подготовленных лектором анонимных анкетах, результаты которых в конце лекции могут быть быстро обработаны и объявлены аудитории в форме процентного соотношения людей, которые на момент проведения лекции не имеют признаков проблем с психическим здоровьем, и тем, кому следует обратиться за консультацией к специалисту (психологу, психотерапевту или психиатру):

1. Я получаю удовольствие от приятных событий в жизни?
2. Я способен прощать ошибки себе и другим?
3. Я способен понимать и принимать свои недостатки и посмеиваться над ними?
4. Есть среди окружающих людей симпатичные мне люди?
5. У меня есть длительные взаимоотношения с другими людьми, доставляющие мне удовольствие?
6. Я могу доверять близким людям и вызывать доверие у других?
7. Я предпринимаю те или иные шаги для устранения трудностей, если они возникают?
8. Я планирую жизнь наперед и не испытываю страха или ужаса перед будущим?

Положительные ответы на все вопросы говорят об отличном состоянии психического здоровья.

3. РАЗНИЦА МЕЖДУ ПСИХИАТРОМ, ПСИХОТЕРАПЕВТОМ И НЕВРОПАТОЛОГОМ

Важным аспектом выступлений перед лицами, не обладающими специальными знаниями в области оказания психиатрической помощи, является разъяснение разницы между врачом-психиатром, психотерапевтом и психологом. Обыватели зачастую путают эти понятия.

Психиатр – это врач, специализирующийся в области диагностики и лечения психических заболеваний. Основная область его компетенции – так называемые биологические методы лечения, к которым относится фармакотерапия (лечение с помощью психотропных препаратов), хотя он может также обладать некоторыми знаниями и навыками в области немедикаментозного лечения психических расстройств – психотерапии, физиотерапии, социальной помощи и других. По мере накопления опыта работы, психиатр может специализироваться в лечении определенных форм патологии или определенных групп пациентов, например, расстройств детского возраста, психических нарушений у пожилых, острых психозов, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (психиатр-нарколог), пограничных форм психической патологии, судебной психиатрии и т. д.

Психотерапевт – это специалист в области лечения психических и телесных расстройств психологическими методами, то есть методами, когда лечебный эффект достигается преимущественно не медикаментозными или физическими, а психическими воздействиями – словом, разъяснением, внушением, эмоциональными влияниями, групповыми взаимодействиями и т. д.

Психолог изучает психику и поведение здорового человека или групп людей и самостоятельно лечением психических расстройств не занимается. Психолог не имеет права ставить диагноз того или иного психического расстройства, выписывать рецепты на лекарства и назначать их. В то же время, работая совместно с психиатром или психотерапевтом и пользуясь методами своей специальности, он способен оказать очень большую помощь в диагностике, планировании и оценке эффективности лечения, что и происходит на деле в наиболее передовых учреждениях психиатрической помощи.

Невролог: сфера его деятельности – распознавание и лечение болезней центральной и периферической нервной системы и нервных волокон. Расстройства, при лечении которых ведущая роль принадлежит невропатологу, включают инсульты, энцефалиты и менингиты, мышечные атрофии, болезнь

Паркинсона и другие расстройства движений, воспаления нервов (невриты), миастению, приступы эпилепсии, опухоли головного и спинного мозга.

4. ДЕПРЕССИЯ, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Главный симптом депрессии – сниженное настроение, что сам человек может называть грустью, тоской, подавленностью, унынием, безрадостностью, печалью, апатией, потерей интереса к жизни и т. д. Такое состояние возникает или вообще без внешнего повода, то есть когда ход жизни человека значительно не менялся, или же после какого-то внешнего неприятного события (ссоры с близкими, конфликта на работе, болезни члена семьи, денежных потерь и т. д.), однако степень и продолжительность снижения настроения все же гораздо более значительны, чем можно было бы ожидать в сложившейся ситуации.

Следующий характерный симптом депрессии называется безрадостностью, или ангедонией, и проявляется утратой прежних интересов и способности получать удовольствие от вещей или занятий, которые раньше такое удовольствие доставляли. Человек живёт как бы по инерции или по необходимости, чувствует себя опустошенным, теряет мотивацию к работе и, вообще, к совершению каких-либо усилий.

Основной симптом депрессии снижение активности, энергичности, двигательная заторможенность и повышенная утомляемость, которых ранее у человека не отмечалось. Он становится малоподвижным, бездеятельным, бессильным, много лежит; при неглубоких депрессиях это проявляется ухудшением профессиональной деятельности, при глубоких – проблемой становится выполнение даже простых бытовых обязанностей.

Депрессия проявляется также целым рядом других (дополнительных) симптомов. К наиболее частым из них относятся сниженная самооценка, иррациональное чувство вины и утрата уверенности в себе. Человек, независимо от уровня своей жизненной успешности, постоянно чувствует себя плохим, неспособным, никчемным, не оправдывающим возлагаемых на него надежд. У него пропадает чувство уверенности в себе, и ему становится трудно принимать решения; он постоянно ощущает себя измотанным, перегруженным, заваленным кучей дел и обязанностей, с которыми уже не в состоянии справиться. Сниженная самооценка отчётливо проявляется в речи и невербальном поведении – человек говорит неуверенно, тихим голосом, невыразительно, боясь привлечь к себе внимание окружающих.

Характерен и внешний вид человека в состоянии депрессии – бледное лицо, расширенные зрачки, потухший взгляд, сухая кожа, опущенные плечи, преобладание в одежде серого и черного цветов, отсутствие косметики и украшений, неряшливость и безразличие к своему внешнему виду.

Замедленное, затрудненное мышление, нарушение способности думать и сосредоточиться, снижение интеллектуальной продуктивности. Внимание человека рассеяно, ему трудно на чем-то сосредоточиться, проследить ход мысли; мыслей в голове мало, в основном неприятного содержания; в голове пусто, думать не хочется.

Стойкий пессимизм и, так называемое, негативное мышление – «все кругом плохо», «ничего к лучшему изменить нельзя» – все возможности для изменений к лучшему отбрасываются. Пессимизм распространяется как на события прошлого, так и на будущее.

У человека, находящегося в депрессии, ослабевают основные инстинкты – пропадают сексуальные чувства, аппетит, удовольствие от еды и, вследствие этого снижается масса тела.

Изменяется восприятие человеком окружающего мира – теряется красочность и выразительность, все становится как бы нереальным, видится в тусклом свете. Время тянется медленно или совсем останавливается.

Человек в состоянии депрессии испытывает целый ряд неприятных ощущений со стороны внутренних органов, как будто это проявления какой-то телесной болезни, – боль или сдавление в груди, сердцебиение, мышечная разбитость, головные боли, тошнота, неприятные ощущения в голове, животе или конечностях и т. д.

Мысли о нежелании жить – от просто разочарования и усталости от жизни до отчетливых планов, как совершить суицид.

Вторичное депрессивное расстройство – когда она возникает вторично, являясь следствием того или иного психического или телесного (соматического) заболевания, либо какой-то иной физической внешней причины. Вторичные депрессии нередко возникают при ряде заболеваний внутренних органов, могут возникать при злоупотреблении алкоголем, либо другими психоактивными веществами (наркотиками), а также при приёме некоторых лекарственных препаратов.

Как распознать депрессию

Депрессия – это не просто хандра, усталость от работы, плохое настроение или «нервный стресс», а заболевание, которое существенно затрудняет жизнь человека и способно вызвать ряд серьезных негативных последствий – от ухудшения отношений в семье, падения продуктивности в работе до полного выпадения человека из обычной жизни и попыток самоубийства.

Чем раньше депрессия распознана, тем менее тяжелыми будут её последствия.

Если с какого-то времени у вас все валится из рук, жизнь перестала доставлять удовольствие, простые решения превратились в проблему и вы весь

день чувствуете себя как выжатый лимон, задумайтесь – не является ли это проявлением депрессии? Хотя бы основные симптомы, распознать её не так уж и трудно. Важно начать с прямого ответа на вопрос, есть ли у вас или вашего близкого её симптомы, а не с поиска психологически понятных объяснений этого состояния, поскольку в жизни каждого из нас всегда или почти всегда происходят события, которыми при желании можно объяснить наше сниженное настроение.

Если из десяти признаков вы обнаруживаете у себя хотя бы половину и они длятся изо дня в день на протяжении 2-3 недель, наличие депрессии весьма вероятно.

Если речь идет о ком-либо из ваших близких, наблюдайте за его внешним видом и поведением – о наличии депрессии будут свидетельствовать грустное выражение лица, малословие, тихий без модуляций голос, мрачный юмор, замедленность движений или излишняя суетливость, согнутая спина, сухость кожи, безразличие к своей внешности, утрата способности настоять на своем и бороться за свои интересы, особенно, если ранее эти проявления были человеку несвойственны.

Для более формализованного выявления у себя депрессии попробуйте ответить «да» или «нет» на следующие вопросы.

Обнаруживаете ли вы у себя:

- потерю энергии, усталость?
- потерю интереса к жизни?
- отсутствие уверенности в себе?
- чувство безнадежности?

Если вы дали на любой из этих вопросов хотя бы один положительный ответ, ответьте на следующие пять вопросов.

Обнаруживаете ли вы у себя:

- неспособность к концентрации внимания?
- потерю веса вследствие сниженного аппетита?
- ранние пробуждения по утрам?
- заторможенность?
- более тяжелое состояние по утрам, чем к вечеру?

Если вы дали три и более положительных ответа – можно с достаточной уверенностью утверждать о наличии у вас депрессии, которая требует лечения.

5. ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ, КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ

Трудная жизненная ситуация – это ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность человека (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т. п.), которую он не может преодолеть самостоятельно.

Суицид, как правило, происходит тогда, когда накапливается, созревает комплекс причин и последняя из них играет лишь роль последней капли, переполнившей чашу.

Кризисные состояния – это особые, выходящие за рамки обычной жизни состояния, которые бывают в жизни многих людей. Они возникают как реакция на внезапный и очень сильный эмоциональный стресс, связанный с тяжёлым событием в жизни. Такими событиями, чаще всего, бывают: утрата близкого человека, тяжёлое (например, онкологическое) заболевание, травмы и операции, стихийное бедствие, разрушение семьи, крупная потеря имущества, расставание с любимым человеком.

Согласно оценочной шкале Холмса и Рахе, жизненные события по степени тяжести, начиная от самых тяжелых к более легким, располагаются следующим образом:

1. Смерть супруга.
2. Развод.
3. Распад семьи.
4. Тюремное заключение.
5. Смерть близкого члена семьи.
6. Травма или болезнь.
7. Вступление в брак.
8. Увольнение с работы.
9. Воссоединение с семьей.
10. Выход на пенсию.
11. Изменение состояния здоровья члена семьи.
12. Беременность.
13. Сексуальные затруднения.

14. Появление нового члена семьи.
15. Смена места работы.
16. Изменения имущественного положения.
17. Смерть близкого друга.
18. Смена участка работы.
19. Изменение числа супружеских ссор.
20. Долг свыше 10 тысяч долларов и т. д.

6. ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия как единственный метод лечения, то есть без приема антидепрессантов, способна помочь главным образом в случаях легкой депрессии, когда пациент охотно сотрудничает с психотерапевтом и когда в жизни у него, помимо собственно депрессии, имеются неразрешенные конфликты и проблемы.

Цель психотерапии при депрессии – поддержание самоуважения пациента, развитие у него чувства собственного достоинства и независимости, формирование новых, недепрессивных форм поведения и межличностных отношений, исправление, порожденных болезнью, ошибочных, иррациональных суждений, а в более дальней перспективе и ошибочных, иррациональных стереотипов, схем и шаблонов в мышлении.

Психотерапевтические методики, эффективность которых в лечении депрессии доказана, это:

- познавательная (когнитивная, рациональная психотерапия) – выявление, обсуждение, проверка правильности и исправление ошибочных мыслей и суждений пациента, демонстрация того, как эти мысли влияют на настроение и поведение человека, формирование реальных взглядов на происходящее, самого себя и свои возможности;

- поведенческая (бихевиористская) терапия занимает обычно более короткое время и концентрируется на изменении с помощью системы стимулов (подкреплений) поведенческих симптомов депрессии – заторможенности, пассивности, беспомощности, одиночества, неспособности планировать свои действия и т. д.;

- психодинамическая терапия показана, когда депрессия возникает в результате неразрешенных бессознательных конфликтов, возникших в прошлой жизни человека, преимущественно в период раннего детства. Для психического здоровья человека важно, чтобы мать в раннем детстве относилась к нему с теплотой и заботой и в то же время видела в нем отдельного человека, не подавляла его самостоятельности и независимости, в противном случае отпечаток, связанных с этим страданий, остается в глубоких слоях психики, хотя самим человеком и не осознается;

- семейная терапия – направлена на изучение психологической атмосферы и взаимоотношений между членами семьи пациента, обучение близких, как следует вести себя с больным в разных ситуациях и т. д.

7. БАРЬЕРЫ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА ПОМОЩЬЮ

- недостаточная информированность – вследствие чего депрессия расценивается как «стресс», «переутомление», «невроз», «измотанность» или реакция на повседневные жизненные трудности;

- иногда человек, переносящий депрессию, фиксирован на её телесных симптомах – болях в сердце, животе, мышцах, физической усталости и т. д., и тогда депрессия ошибочно расценивается им как проявление той или иной нераспознанной телесной (соматической) болезни;

- следующим препятствием для обращения за помощью к психиатру или психотерапевту является страх огласки болезни или какой-либо связанной с этим конфиденциальной информации (отношения в семье, денежные обстоятельства и т.д.) или даже самого факта обращения за помощью. В действительности опасения эти сильно преувеличены – квалифицированные психиатр и психотерапевт никогда не допустят разглашения информации уже хотя бы потому, что, во-первых, несут за это ответственность по закону, а во-вторых, рискуют потерять доверие клиентов;

- страх возможных социальных и профессиональных ограничений вследствие обращения за психиатрической помощью и учета у психиатра — запрет на вождение автомобиля, ограничение профессиональной пригодности, затруднения в служебной карьере, при выезде за границу и т. д. В настоящее время, когда соблюдение прав граждан при оказании им психиатрической помощи в нашей стране регулируется специальным законом, эти опасения явно преувеличены;

- мысль о том, что обращение за помощью есть признак слабости, чаще встречается у мужчин – «настоящий» мужчина должен со всем в жизни справляться сам;

- являющаяся одним из проявлений негативного мышления при депрессии иррациональная мысль: «Мне уже никто не поможет – не стоит и пробовать». Факты свидетельствуют о диаметрально противоположном:

- депрессия хорошо лечится и высокий эффект за довольно непродолжительное время (1–2 месяца) достигается у значительного большинства (75 % и более) таких пациентов. Кроме того, чем раньше лечение

начато, тем меньше времени потребуется для достижения хорошего результата, поэтому важно как можно быстрее его начать;

- опасение, что длительный прием антидепрессантов может вызвать привыкание и пристрастие. Страх этот совершенно необоснован, поскольку на огромном числе (миллионах) наблюдений можно утверждать, что антидепрессанты (в отличие от транквилизаторов-бензодиазепинов) даже при очень длительном, многолетнем приеме, не вызывают явлений привыкания, пристрастия, психической и физической зависимости;

- ещё одно нередкое заблуждения, препятствующее лечению антидепрессантами, – опасение, что они вызывают поражение внутренних органов. Это также неверно, поскольку побочные эффекты от приёма антидепрессантов, как правило, бесследно исчезают через несколько часов или суток после того, как их прием прекращается;

- нередким препятствием для начала лечения антидепрессантами является высказываемое в различных формах суждение о том, что они лечат не саму болезнь (то есть её первопричину), а лишь её симптомы. Это утверждение, в принципе, правильно, причем применительно не только к депрессии, но и почти ко всем остальным формам психических расстройств;

- неверие в действенность «лечения разговорами»; чаще встречается в среде людей, работающих в области точных наук. Верно в этом утверждении лишь то, что психотерапия помогает не во всех случаях депрессии и эффективны не любые её методы. Вместе с тем, психотерапевтическое сопровождение должно быть в лечении любого заболевания и должно использоваться для адьюватных, сочетанных, потенцирующих эффектов воздействия при использовании любых методов терапии.

8. ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

1. «Психиатрический учет» регламентирован постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2017 г. № 95 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения».

2. Диспансерное наблюдение – периодический медицинский осмотр, медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента в динамике в зависимости от соответствующей группы (подгруппы).

3. Хронические психические расстройства (заболевания) – психические расстройства (заболевания), при которых продолжительность болезненных проявлений составляет более шести месяцев;

Затяжные психические расстройства (заболевания) – психические расстройства (заболевания), при которых продолжительность болезненных проявлений составляет от одного до шести месяцев.

4. Большинство психических расстройств, на фоне которых возникают суицидальные тенденции, не относятся к затяжным или хроническим и диспансерному наблюдению не подлежат.

5. Обращение за помощью при первых признаках заболевания во многих случаях позволит избежать диспансерного наблюдения.

9. ОТВЕТЫ НА ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ В ХОДЕ ПУБЛИЧНЫХ ВЫСТУПЛЕНИЙ

1. Порядок анонимного обращения за психиатрической, психологической, психотерапевтической помощью.

Вы можете получить специализированную медицинскую помощь на анонимной основе (без занесения ваших реальных данных в медицинскую документацию) и последующей постановки на учет в психиатрический или наркологический реестр.

Вы можете получить следующие медицинские услуги анонимно:

- наркологическую помощь,
- психотерапевтическую помощь,
- психологическую помощь,
- психиатрическую помощь,
- сексологическую помощь.

Наркологическая помощь:

- купирование абстинентного синдрома в результате употребления алкоголя, наркотиков
- постановка аверсивного препарата «Торпедо», «Эспераль», «Кодирование».

Психотерапевтическая помощь:

- индивидуальное консультирование,
- применение психотерапевтических методик (НЛП, гештальт-терапия, арт-терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, эриксоновский гипноз),
- релаксация.

Психиатрическая помощь:

- индивидуальное консультирование,
- медикаментозное лечение невротических расстройств: тревожных расстройств, расстройств настроения, нарушений сна, панических атак, фобий, навязчивых страхов, состояний.

Психологическая помощь:

- индивидуальное консультирование,
- психометрическое исследование.

Для получения специализированной помощи на анонимной основе, при обращении необходимо при себе иметь:

- Паспорт (для заключения договора),
- Денежные средства.

Пациентам, получающим медицинскую помощь анонимно, не выдаются медицинские документы, подтверждающие оказание такой помощи. В интересах пациента может быть выдана на руки памятка, содержащая информацию об опасности нарушений врачебных предписаний.

Оказание медицинской помощи анонимно регламентировано Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 июля 2012 г. № 111 «Об утверждении Инструкции о порядке и условиях оказания медицинской помощи, в том числе психиатрической, анонимно и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и их отдельных структурных элементов»

2. Ребёнок замыкается в себе и не хочет разговаривать с родителями.

Начните разговор о том, что интересно подростку (если не знаете, что актуально для него в этот момент, начните с чего-то нейтрального: смешной истории, рассказа о фильме, сериале или книге).

Доверительным тоном расскажите подростку историю о том, как Вы преодолели один из своих подростковых кризисов (конфликт с родителями, учителями, сверстниками, неудачную влюбленность, материальные проблемы).

Приведите краткий пример о том, как Ваш друг или знакомый говорил Вам о том, что ему было плохо, он не хотел жить, но Вы помогли ему, «открыли глаза» на то, что жизнь прекрасна и впереди бесконечное число возможностей.

Убедите подростка в том, что он может обращаться к Вам с любыми проблемами и это останется между Вами.

3. Участие специалистов образования в воспитательной функции, профилактике суицидов.

В соответствии с региональным планом по реализации комплекса мероприятий по профилактике суицидального поведения населения Гомельской области на главное управление образования возлагаются следующие функции:

- организация выявления несовершеннолетних, склонных к суицидальному поведению, с учетом их личностных особенностей, модели поведения, признаков дисфункции и нестабильности семьи, негативных жизненных событий;

- организация своевременной необходимой помощи несовершеннолетним, склонным к суицидальному поведению путем проведения индивидуальной психологической коррекции, а также направление к специалистам, оказывающим специализированную помощь.