



Институт
усовершенствования Инсайт

Клиническая суицидология

(занятие 2)

Ю.А. Калмыков

Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема - проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Все остальное - имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями второстепенно.



Альбер Камю, «Миф о Сизифе»





Жан Луи Давид. Смерть Сенеки

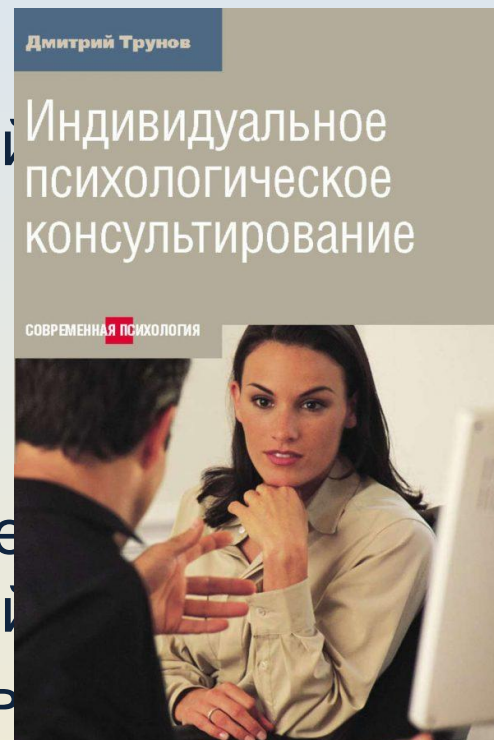
Психологическая помощь лицам с суицидальным поведением

Общие принципы кризисной психологической помощи:

1. Позиция консультанта должна быть более активной.
2. Стремиться уменьшить душевную боль, страдания, а не уговаривать отказаться от суицида или спорить о смысле жизни.
3. Необходимо оставаться в рамках актуальной ситуации.
4. Обеспечить наблюдение и контроль за пациентом.
5. Разделение ответственности (родственники, клиент, другие специалисты).
6. Внимательное оформление документации.
7. Длительность психологической помощи.

Трунов Д. Г. Психологическое консультирование кризисных состояний // В кн.: Трунов Д. Г. Индивидуальное психологическое консультирование. — М.: Этерна, 2013. — 384 с.

Д. Трунов, Н. Бячкова. Психологическое консультирование кризисных состояний. Методические рекомендации. — Пермь: ОЦПППН, 2004. — 36 с.



Подходы к помощи суицидентам (Трунов Д.Г., 2013)

	<i>Оптимистический подход</i>	<i>Эмпатический подход</i>
Проблема	Суицидальная активность	Кризисное состояние
Парадигма	Когнитивно-поведенческая	Экзистенциально-гуманистическая
Цель	Изменение мыслей и поведения человека	Понимание внутреннего мира человека
Задачи	Избавление человека от суицидальных мыслей, любыми способами. Замена негативных установок позитивными. Спасение человека: он должен уйти с явным желанием жить	Найти с человеком контакт. Помочь ему рассказать о своих мыслях. Принять и понять его отношение к себе и к миру. Быть рядом с ним в трудный и ответственный момент его жизни
Средства	Переориентация, переубеждение, манипулирование, отвлечение от неприятных мыслей, развлечение, подбадривание	Рефлексивное слушание, эмпатические высказывания, обсуждение запретных тем с негативным содержанием
Ответственность	Консультант берет на себя ответственность за выбор клиента между жизнью и смертью, а значит и за результаты беседы с клиентом	Консультант предоставляет клиенту право выбора между жизнью и смертью, однако он берет ответственность за процесс беседы и установление контакта
Использование	Может использоваться во всех антисуицидальных стратегиях: превенции, интервенции и поственции	Как самостоятельный подход используется в превенции и поственции. В интервенции используется в сочетании с оптимистическим подходом
Ограничения	В тяжелой кризисной ситуации и/или при наличии отягощающих «фоновых» факторов — эффективен только в сочетании с эмпатическим подходом.	Помощь детям и подросткам едва ли может обойтись без сопутствующего оптимистического подхода.

Почему психологический подход не популярен?

1. Психологический подход более ресурсоемкий.
2. Для него характерны неопределенность результата, а также медленное и часто мучительное продвижение к нему.
3. Субъективно психологический подход воспринимается более опасным как для клиента, так и консультанта.
4. Чаще всего клиент не хочет встречаться со своими переживаниями лицом к лицу. Ему удобнее рассматривать проблему с точки зрения медицинского подхода.
5. Консультант нередко психологически не готов столкнуться с переживаниями клиента.

Психологический подход противоречит «социальному заказу», который заключается больше в коррекции поведения, приведении его к «социальной норме», чем в личностном росте.

Антипсихиатрические аргументы в подходе к суициду

Суицид — это психиатрическая проблема, поскольку статистически доказано, что наличие психического заболевания повышает вероятность самоубийства.

- На долю людей с диагнозом психического заболевания приходится приблизительно меньше трети от общего числа случаев завершённых суицидов.

Психиатрическая помощь (помещение в стационар, постановка диагноза, лечение) способствует снижению суицидальной активности.

- Наличие психиатрического диагноза в силу негативного отношения общества к психически больным является фактором риска суицида.

Основные правила кризисной помощи (эмпатический подход)

1. Не спеши
2. Обращай внимание на внутренний опыт
3. Иди туда, где боль
4. Говори на запретные темы
5. Побуждай к описанию, а не к объяснению
6. Помогай искать подходящие слова
7. Не спорь, не переубеждай, не манипулируй
8. Будь искренним, предоставляй обратную связь

Разговор о личном смысле суицида (протест, призыв, избегание, самонаказание, отказ).

Выражение своего сожаления о выборе смерти.

Выражение желания, чтобы человек вновь почувствовал смысл жизни.

Рефлексивная обратная связь от консультанта должна учитывать, с одной стороны, принцип принятия и эмпатического понимания клиента, а с другой — принцип искренности.

Растерянность (*Что мне делать? Я не в силах чем-либо помочь*) — связано с отсутствием у консультанта достаточного профессионального опыта и психологической готовности к разговору о суициде. *"Для меня ваши слова были очень неожиданными. Предлагаю не спешить и поговорить о вашем состоянии"*.

Неприятие (*Неужели можно быть настолько слабовольным, чтобы видеть в этом единственный выход?*) — отражает личные установки консультанта; также может быть связан с его беспомощностью. *"Мне очень трудно принять эту идею. Возможно, она вызвана у вас крайним отчаянием"*.

Беспомощность (*Эта ситуация безвыходна — как я могу убедить его не делать этого?*) — возникает из-за обилия предъявленных клиентом проблем и событий, в которых консультант начинает теряться.

"Действительно появляется ощущение какого-то тупика. Давайте начнем постепенно выбираться из него".

Усталость (*Еще один длинный и трудный разговор...*) — возникает в силу нежелания вести разговор и испытывать неприятные эмоции, связанные с необходимостью вовлекаться в кризисные переживания.

"Думаю, нам предстоит нелегкий, но очень важный разговор".

Страх (*Что если он все равно сделает это?*) — естественное чувство, связанное с ограниченными возможностями консультанта.

"Я очень тревожусь за ваше состояние. Я не совсем уверен в устойчивости вашего состояния".

Подозрения (*Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня*) — часто появляются в силу преуменьшения важности и глубины чувств другого человека.

"Мне кажется, что для вас очень важно, как к вашей возможной смерти относятся окружающие, насколько серьезно они вас воспринимают".

Лояльность (Если человек хочет убить себя, вряд ли кто-то вправе остановить его) — возникает в силу мировоззренческих установок консультанта или его бессилия перед ситуацией.

"Мне трудно переубедить вас не делать этого, но будет очень жаль, если это произойдет".

Согласие (В такой ситуации я сделал бы то же самое) — возможно проявление суицидальных тенденций самого консультанта.

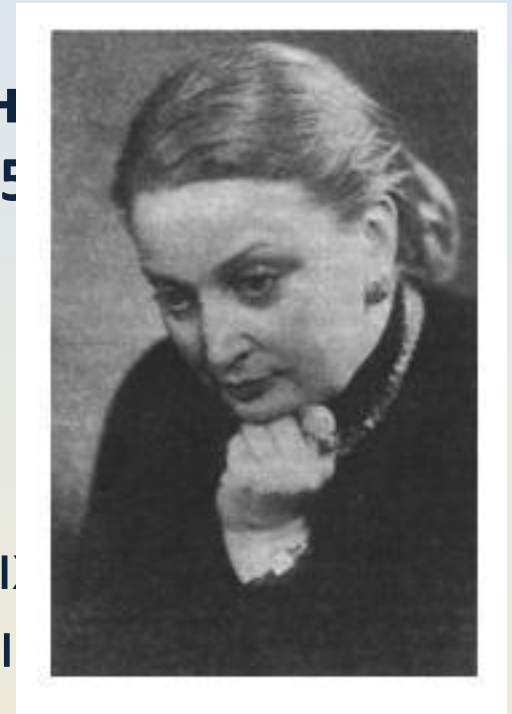
"Возможно, это действительно один из способов решения всех проблем, но у меня есть подозрения, что ни вы, ни я не замечаем чего-то важного, что мы слишком рано капитулируем".

**Г.В.Старшенбаум и А.Г. Амбрумова
выделили следующие этапы кризисной
психотерапии (Старшенбаум Г.В., 2005)**

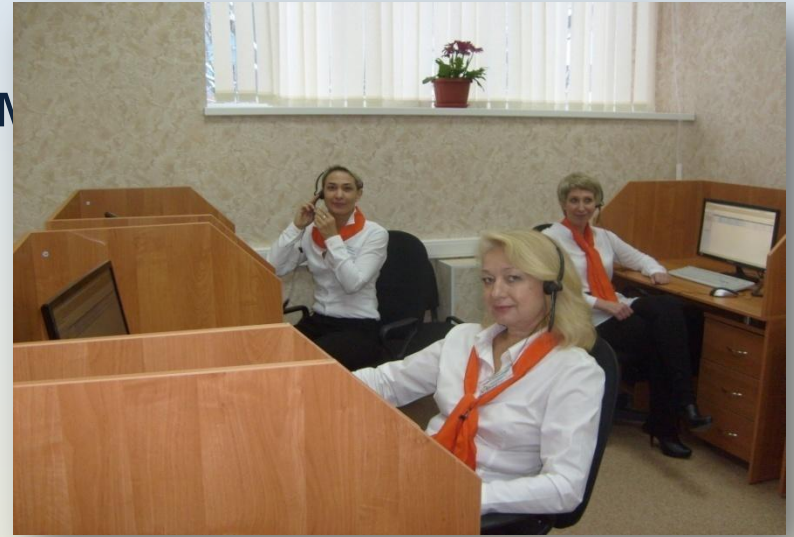
1. Кризисная поддержка (установление
контакта, эмоциональная поддержка).

2. Кризисное вмешательство
(проблемно-ориентированное
консультирование, поиск конструктивных
способов решения кризисной проблемы
или изменение отношения к ней).

3. Повышение уровня адаптации (помощь в личностном
росте, групповые формы работы).



В 1982 году Айна Григорьевна Амбрумова стала основателем первого в Советском Союзе «Телефона доверия».



В 1906 году в Нью-Йорке глубокой ночью протестантскому священнику Гарри Уоррену позвонили по телефону. Позвонивший сказал, что у него «безвыходная ситуация» и он «умоляет о встрече», но в ответ услышал, что с ним могут встретиться завтра, и что «церковь открыта с 10 часов утра». Священник, узнавший утром, что позвонивший ему человек ночью покончил собой, дал в газете следующее объявление: «Перед тем как уйти из жизни, позвоните мне в любое время суток». Так родился первый телефон доверия.

Методическое пособие по работе службы экстренной психологической помощи по телефону («Телефон Доверия»). Под общ.ред. Н.А. Сабировой, авт.коллектив: Е.В.Овчинникова, В.В.Тихонова, Р.Л.Хуснутдинов. – Казань, 2018.

Преимущества и недостатки помощи по телефону.

Принципы деятельности «Телефона Доверия»: гуманность, осознанная ответственность, анонимность, добровольность, доступность, профессионализм.

Консультант:

- работает под псевдонимом;
- не сообщает друзьям и знакомым, что является телефонным консультантом (?);

Консультант не имеет права:

- соглашаться на встречу с абонентом;
- вести разговор с постоянными абонентами более 30 минут.

Прогрессирующий суицид («суицид в ходу»).

1. Спросите, есть ли там еще кто-нибудь.
2. Наблюдайте за энергетическим уровнем (не падайте вместе с абонентом).
3. Внимательно собирайте информацию! Не забрасывайте абонента вопросами.
4. Спросите: «Какая часть в Вас хочет жить?»
5. Спросите: «Что Вы хотите сказать своей смертью? Кому?»

Омер Х., Элитцур А., Орбах И. Что Вы скажете человеку на крыше? (Текст для предотвращения самоубийства) (www.pobedish.ru).



Мастерство психологического консультирования. /
Под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. - СПб.: Речь, 2010. - 229 с.

Основные принципы кризисной интервенции

1. Кризисная интервенция центрирована на проблеме, а не на личности.
2. Нерешенные «исторические» проблемы вплетены в кризисную ситуацию, эмоциональное топливо прошлого подогревает актуальный конфликт. Иногда клиент осознает это, иногда - нет. Важно идентифицировать эти «исторические» проблемы, обозначить их место в нынешней ситуации, а затем сконцентрироваться на актуальной проблеме.
3. Активное слушание позволяют уменьшить хаос и облегчить восстановление контроля.
4. Проясните, что клиент уже предпринимал для решения проблемы. Повторение неэффективных способов решения может стать частью картины кризиса.

Стадии работы с кризисом

1. Сбор информации.

У консультанта кризисной службы может возникнуть искушение поскорее перескочить от исследования проблемы к ее решению, чтобы снизить интенсивность переживаний клиента. При таких преждевременных попытках решения важная информация может быть упущена, и вы рискуете толкнуть клиента на повторение его же собственных ошибок.

2. Формулирование и переформулирование проблемы.

Проблема может быть слишком глобальной, и для того, чтобы с ней справиться, ее потребуются разделить на более мелкие.

Формулируя проблему, клиент может смешивать актуальные и «исторические» проблемы.

3. Альтернативы и решения.

Особенности телефонного консультирования.

1. Большая, чем в очном консультировании, степень анонимности клиента и консультанта.
2. Меньшая, чем в очном консультировании, степень определенности временных границ.
3. Меньшая, по сравнению с очным консультированием, формализованность пространства: одно дело прийти в кабинет консультанта, другое - когда голос консультанта приходит к клиенту в дом. В силу меньшей защищенности телефонного консультанта временными и пространственными границами, для клиента выше соблазн перейти к неформальному общению. Поэтому более остро встает вопрос о том, как, не потеряв контакт с клиентом, остаться в рамках профессиональной роли.

4. Более легкая по сравнению с очным консультированием доступность телефонного контакта: позвонить по телефону проще, чем прийти на прием.

Поскольку телефонный контакт требует от клиента меньших усилий, чем очная, даже бесплатная, встреча, причина обращения по телефону может быть гораздо менее значительной.

Такие разговоры могут поневоле ослабить внимание консультанта, а иногда и вызывать раздражение. Но часто бывает так, что за первичным запросом, на первый взгляд незначительным, кроется серьезная проблема и ее важно не пропустить, а для этого необходимо сохранять «рабочий настрой».

В силу большей доступности, в телефонном консультировании более широкий, по сравнению с очным, контингент клиентов: инвалиды, которые не могут свободно передвигаться на большие расстояния, лежачие больные, маленькие дети, которые на обычный прием приходят только в сопровождении взрослых, а также клиенты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Чтобы получить реальную помощь, клиент должен позвонить в трезвом состоянии. Важно постараться донести это до клиента и прекратить разговор.

5. Прерывание телефонного контакта может быть неожиданным для консультанта и совершенно не зависеть от его действий. Причем иногда клиент говорит о причине прекращения разговора («Муж пришел, я вам перезвоню»; «Я звоню вам с работы, меня вызывают, я больше не могу говорить»; но иногда разговор прерывается внезапно, на полуслове, и консультант остается в неведении. Внезапное прекращение контакта, особенно если разговор был эмоционально напряженным, может вызвать у консультанта серьезные переживания.

6. Позвонить можно из эпицентра острой ситуации (в момент, когда клиент узнал о чем-то неприятном; когда открыта балконная дверь и он собирается покончить с собой и пр.). Это требует от консультанта способности, не впадая в панику, принимать быстрые и точные решения.

Регулярные абоненты

Обращения психически больных

Если у консультанта возникают предположения, что абонент психически нездоров, прежде всего, необходимо выяснить, получает ли он помощь психиатра, и, если нет, порекомендовать ему обратиться в соответствующие службы. Если же абонент наблюдается у врача, нужно выяснить, насколько аккуратно он выполняет необходимые предписания и принимает лекарства. Кроме того, реальная помощь телефонного консультанта психически больному может заключаться просто в седативной беседе, которая поможет человеку справиться с его состоянием

Попытки сексуального использования консультанта телефона доверия

Возможные варианты откликов консультанта - конфронтация без агрессии:

- У меня такое чувство, что вам доставляет удовольствие рассказывать мне это.
- Мне кажется, что рассказ об этом оказывает на вас стимулирующее влияние.
- Мне больше хотелось бы поговорить о том, что заставило вас сделать этот звонок. Мы об этом уже говорили. Как вы думаете, чем бы я мог вам помочь в этой ситуации?
- Мы оба взрослые люди. Мне не нужны детали. Нет нужды описывать подробности, я понимаю, о чем вы говорите.

Розыгрыши

Так же, как и откровенные попытки сексуального использования, явные розыгрыши не представляют большой проблемы для консультанта.

Если голос абонента звучит на фоне веселой музыки, звона бокалов и разноголосого смеха, консультант просто говорит: «Я слышу посторонние голоса, мне кажется, у вас сейчас неподходящая обстановка для серьезного разговора, могли бы мы поговорить, когда ничего не будет вас отвлекать?»

Однако если абонент предъявляет проблему, иногда очень серьезную, распознать розыгрыш бывает очень трудно.

Упражнение
«Ловушки консультирования»
«Последняя соломинка»

Высказывание клиента:
«Доктор, вы моя последняя надежда.
Если вы мне не поможете, у меня
остается только один выход».



Реакции консультанта:

страх, груз ответственности, напряжение в теле, желание отбросить эту ответственность клиенту, скованность, раздражение, тоска, уныние.

Ведущий:

« А теперь я повторю фразу. А вы, прислушавшись, попытайтесь пофантазировать, что стоит за этим высказыванием клиента - какие чувства, какие стремления. И снова, после того как я произнесу фразу, возьмите одну-две минуты на то, чтобы сделать свои заметки, а потом поделитесь с группой».

Фантазии о том, что стоит за словами клиента:

отчаянье, безнадежность, страх, неверие в свои силы, желание избавиться от ответственности, обрести защиту, привязать к себе консультанта.

Ведущий:

« А теперь попробуйте сформулировать возможный ответ клиенту, стараясь реагировать на чувства, стоящие за высказыванием».

Вариант ответа консультанта:

« Это звучит так, словно вы чувствуете такую усталость и безнадежность, что готовы верить мне больше, чем себе».

Ефремов В.С. Оставшиеся в живых: работа с суицидентом. – СПб.: ИЦ «Гуманитарная Академия», 2018. – 272 с.

Своевременность обсуждения с клиентом вопросов, касающихся суицидальности.

Нежелание клиента обсуждать переживания, связанные с суицидом.

Обходные зоны контакта:

- вопросы о самочувствии и соматическом состоянии;
- выявление и уточнение характера психопатологических переживаний;
- беседа о социально-психологической ситуации.

Значение антисуицидального контракта (договора).

От одной трети до половины антисуицидальных контрактов в дальнейшем сопровождались попытками совершить самоубийство, поэтому их значение для предотвращения суицидов невелико (Resnick Ph.J., 2002).

Показания для госпитализации суицидентов и роль психофармакотерапии.

Одним из наиболее эффективных методов оказания психологической помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением считается **экзистенциальная психотерапия**, которая фокусируется на базисных проблемах существования человека (смерть, свобода, одиночество, бессмысленность жизни и др.).



Экзистенциальный подход наиболее эффективен в помощи людям:

- попавшим в жизненные кризисы;
- столкнувшимся с исключительными обстоятельствами жизни;
- при переживании бессмысленности, пустоты жизни;
- при суицидальных намерениях;
- резких изменениях в жизни (потеря работы, выход на пенсию, личные и профессиональные неудачи);
- потере близких людей;
- несчастных случаях;
- тяжелых заболеваниях.

Основное положение, которым руководствуются
экзистенциальные психотерапевты:

*«качество жизни человека и психическое здоровье
зависят от его мировоззрения, в том числе от
иерархии жизненных ценностей»*

b) иметь хорошие материальные условия

.....()

c) иметь хорошую семейную жизнь

.....()

d) иметь жизнь, полную событий со многими
разными типами переживаний (музыка, природа,
путешествия, искусство, дружба и т.д.

.....()

e) внести вклад в общество, так, чтобы мир стал
хотя бы чуть-чуть лучше

.....()

f) жить в соответствии с великой
религиозной или духовной идеей

.....()

g) быть свободным от серьезных болезней или несчастий

h) гармонично развиваться в соответствии с внутренним «я»

i) развиваться интеллектуально и получать новые знания

j) значить что-то для других людей и помогать другим

k) принять свою судьбу с достоинством

«Духовный кризис» (Шутова Л.В., Ляшук А.В., 2008)

Задумайтесь о своей жизни: о том, какой она была, какая она сейчас и какой Вы ее видите в будущем. Исходя из представлений о собственной жизни, охарактеризуйте проявленность приведенных категорий в Вашей жизни по шкале от 0 («полностью отсутствует») до 6 («постоянно присутствует»).

Прошное

Настоящее

Будущее

Неудовлетворенность

Одиночество

Свобода

Грех

Страдание

Ответственность

Страх смерти

Бессмысленность

1. Особое внимание взаимоотношениям терапевт-пациент и эмоциональной поддержке пациента.

2. Помогает человеку выработать более зрелое и стоическое отношение к неприятным аспектам существования человека.

Экзистенциальный подход критикуют за чрезмерный пессимизм, подчёркивание не столько возможностей человека, сколько границ этих возможностей. Но это скорее проявление реализма, а не пессимизма.

Экзистенциальная терапия выступает за реалистичный взгляд на жизнь и принятие многих обстоятельств как заданных, неизбежных.

Ялом И. Дар психотерапии / Пер. с англ. Ф. Прокофьева. — М.: Изд-во Эксмо, 2011. — 352 с. — (Практическая психотерапия).

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Независимая фирма "Класс", 1999. - 685 с.

Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. Пер. с англ. - СПб., 2000.

Ялом И. Вглядываясь в солнце : Жизнь без страха смерти / Ирвин Ялом; [пер. с англ. А. Петренко]. — М.: Эксмо, 2012. — 352 с.

Летуновский В.В. В поисках настоящего: экзистенциальная терапия и экзистенциальный анализ . — Ростов н/Д : Феникс, 2014. — 379, [1] с.

Лэнгле А. Дотянуться до жизни... Экзистенциальный анализ депрессии: Пер.с нем./ Предисловие А.С. Баранникова. — М.: Генезис, 2010. — 128 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс,1990.

Главные смыслообразующие факторы (В.Франкл):

- гедонизм
- самореализация
- альтруизм
- творчество



Библиотерапия.

Свен Бринкман

- Конец эпохи self-help: Как перестать себя совершенствовать. - Литагент Альпина, 2018.

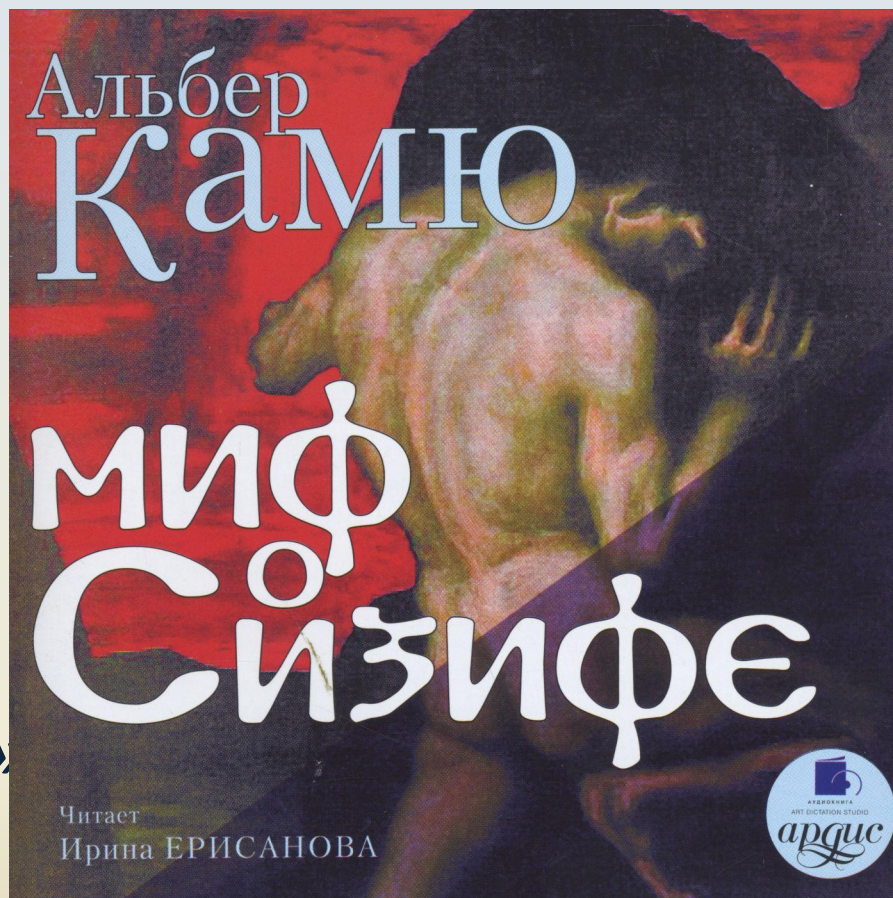
Ландау Б. Жажда смысла. – Москва: АСТ, 2017. – 352 с.

О'Коннор Р. Депрессия отменяется. Как вернуться к жизни без врачей и лекарств. — М. : Манн, Иванов и Фербер, 2015.

Винч Г. Первая психологическая помощь. – Минск : Попурри, 2014. – 272 с.

*Альбер Камю
(1913-1960)*

*Повести:
«Посторонний»,
«Падение»
Эссе: «Миф о Сизифе»
Рассказы*



Когнитивно-поведенческий ПОДХОД



Альберт Эллис: Рационально-эмотивная терапия.

«... в большинстве случаев плохая психологическая приспособленность индивида коренится в его иррациональных установках ...»

«... причина всех эмоциональных расстройств у людей кроется в том, что они мыслят ригидно, догматично и нереалистично ...».

Основные методы - обучение и когнитивная дискуссия (сократовский диалог)

1. Чтобы быть счастливым, я должен быть удачливым во всех начинаниях.
2. **Чтобы чувствовать себя счастливым, меня должны понимать (любить, восхищаться) все и всегда.**
3. Если я не достиг вершины, то потерпел провал.
4. Как чудесно быть популярным, известным, богатым; ужасно быть неизвестным, посредственным.
5. **Если я допускаю ошибку, значит, я глуп.**
6. Моя ценность как личности зависит от того, что думают обо мне другие.
7. Я не могу жить без любви. Если моя супруга (возлюбленная, родители, ребенок) не любит меня, значит, я ни к чему не годен.
8. Если кто-то со мной не соглашается, значит, он не любит меня.
9. Если я не использую каждый шанс для собственного продвижения, то позже я об этом пожалею.
10. Я должен быть самым щедрым, тактичным, благородным, мужественным и самоотверженным.

11. Я должен быть идеальным другом, любовником, супругом, родителем, студентом, учителем.

12. Я должен справляться с любым затруднением с полным самообладанием.

13. Я должен быть способен быстро найти решение любой проблемы.

14. Я никогда не должен страдать; я всегда должен быть счастливым и безмятежным.

15. Я должен все знать, понимать и предвидеть.

16. Я должен всегда владеть собой, я должен всегда управлять своими чувствами.

17. Я должен считать виновным себя, я не должен никогда и никому причинять боль.

18. Я никогда не должен испытывать усталость или боль.

19. Я должен быть всегда на пике продуктивности.

Когнитивная терапия Аарона Бека

Нарушенные когниции - аномальное поведение или эмоции

Побуждение к активности на первом этапе.

Стимуляция «направленного открытия», пациенты максимально вовлекаются в анализ проблем и их решений, у них не должно возникать чувство пассивности, чувство навязывания специалистом своих взглядов и подходов.

Клиенты неохотно меняют свои убеждения при помощи споров; скорее, их поощряют собирать информацию о самих себе.

Терапевт и клиент вместе идентифицируют верования и ожидания последнего и формулируют их в виде гипотез, нуждающихся в проверке.

Намечают способы, с помощью которых клиент может проверить их в реальном мире.

Эксперименты по развенчиванию гипотез планируются таким образом, чтобы индивид мог приобрести положительный опыт.

Гипотезы располагают в порядке возрастания трудности, так чтобы успешно выполнить самые легкие (или наименее рискованные) задания и лишь потом приступить к более трудным.

Позитивная психотерапия

Чиксентмихайи М. В поисках потока: Психология включенности в повседневность / Пер. с англ. — М.: Альпина нонфикшн, 2012. — 194с.

Чиксентмихайи М. Поток: Психология оптимального переживания. Пер. с англ. — 3-е изд. — М.: Смысл; Альпина нон-фикшн, 2013. — 461 с.

Пезешкиан Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия: Пер. с нем./Общ. ред. А.В. Брушлинского и А.З. Шапиро. — М.: Прогресс, 1992. — 240 с.

Упражнение «Ловец блага».

Инструкция: «Чтобы с вами не случилось, во всем старайтесь находить положительные стороны. Давайте потренируемся. Найдите и запишите, пожалуйста, положительные моменты в следующих ситуациях:

1. Вы собираетесь на работу, погода встречает вас проливным дождем.
2. Вы опоздали на автобус.
3. У вас нет денег, чтобы уехать куда-нибудь в отпуск».

Упражнение для усиления позитивного настроения.

5 особенностей Вашей личности, которыми Вы довольны.

5 частей Вашего тела или функций организма, которыми Вы довольны.

10 лучших событий в Вашей жизни.

3 хороших события за сегодняшний день.

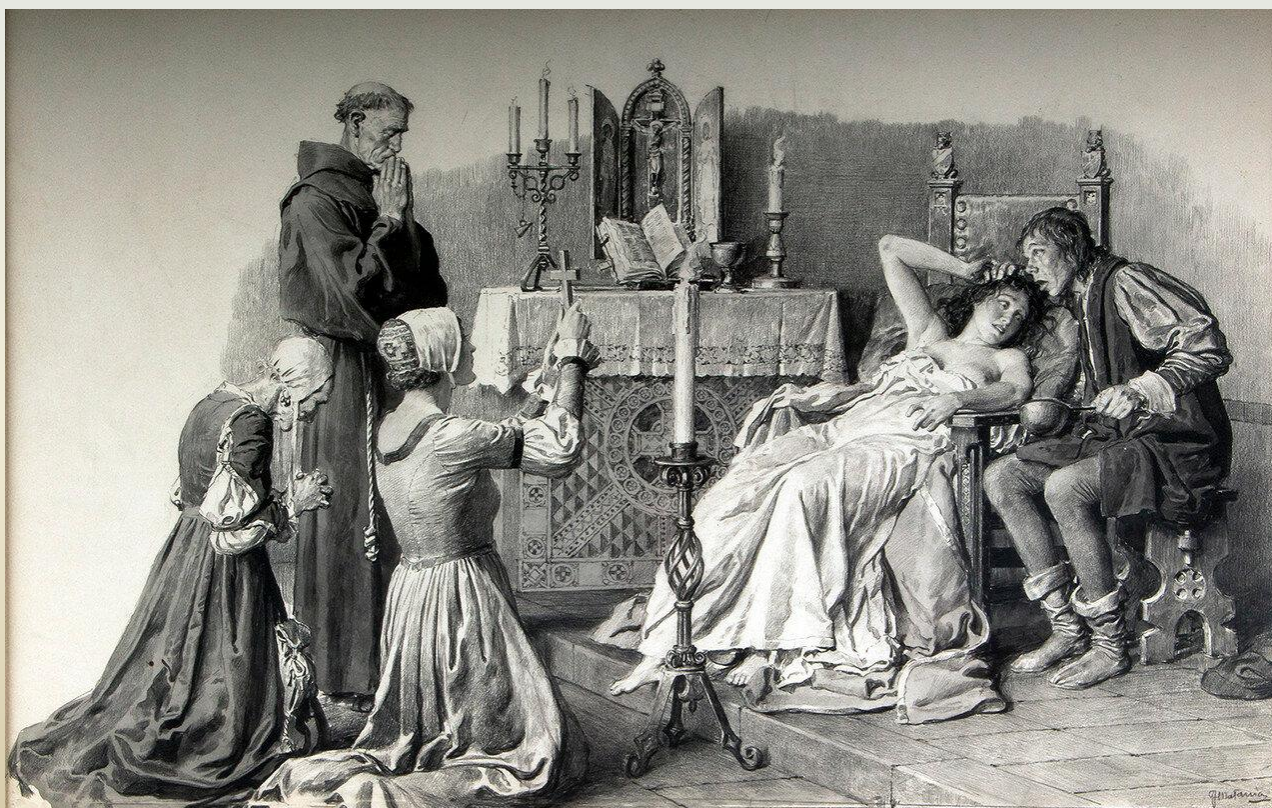
1. Несправедливое отношение со стороны родственников или окружающих
2. Ревность
3. Измена любимого человека
4. Развод
5. Особенности Вашего характера
6. Неприятности, связанные с работой (учебой)
7. Чувство одиночества
8. Потеря близкого человека
9. Неудачная любовь
10. Недостаток внимания, заботы
11. Состояние физического здоровья
12. Состояние психического здоровья
13. Сексуальные проблемы
14. Боязнь наказания
15. Боязнь позора
16. Чувство вины
17. Чувство собственной неполноценности
18. Ощущение бессмысленности существования
19. Материально-бытовые трудности
20. Отсутствие работы

21. Другая причина (впишите):

Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе:
жизнь в тени самоубийства. 2000.



**Оставшимся в живых нужны
поддержка и понимание**



Почему????????????????????????????????



Группы поддержки и их значимость

- Значение групп поддержки для людей, переживших самоубийство. Различные категории групп: для родителей, детей, братьев и сестер, и т.д.
- Виды групп поддержки: реальные и виртуальные. Форумы. www.poslesuicida.net
- Личный опыт: книги, встречи в группе (у самаритян).

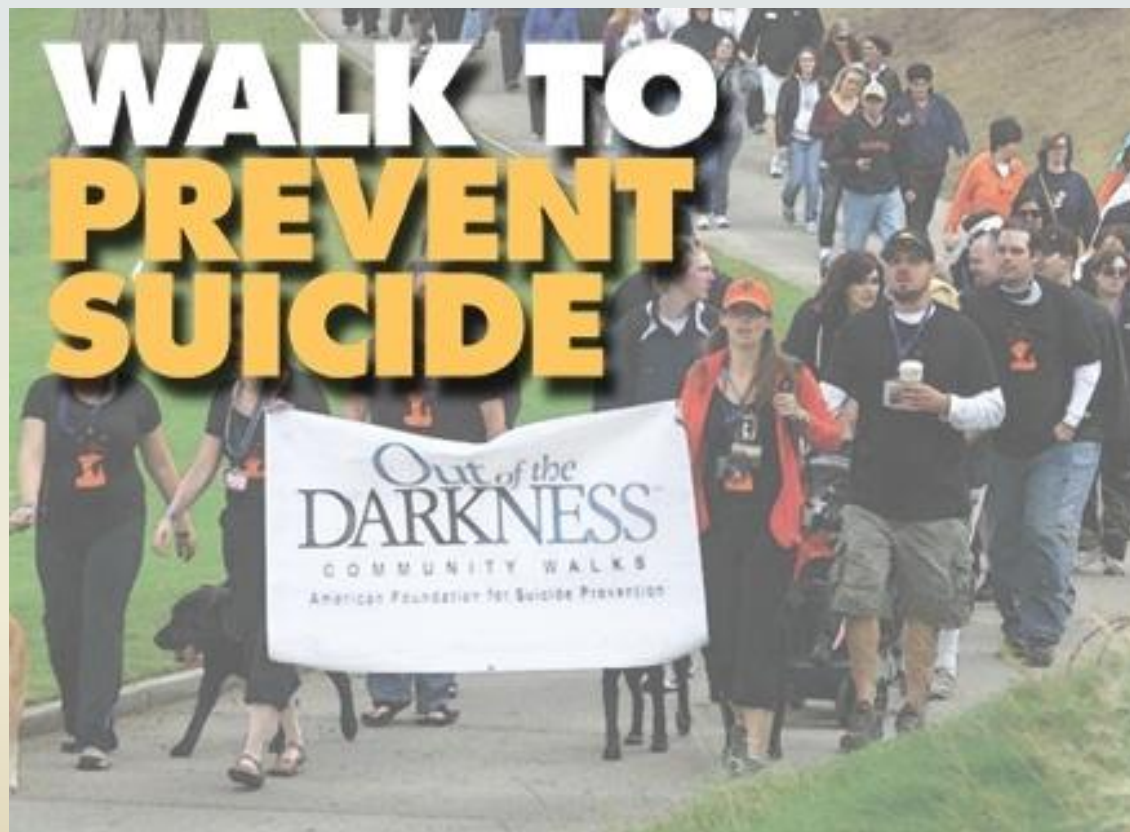
Поход «Из тьмы» 27 октября 2013 г., Нью-Йорк





«Из тьмы» – походы против самоубийства.

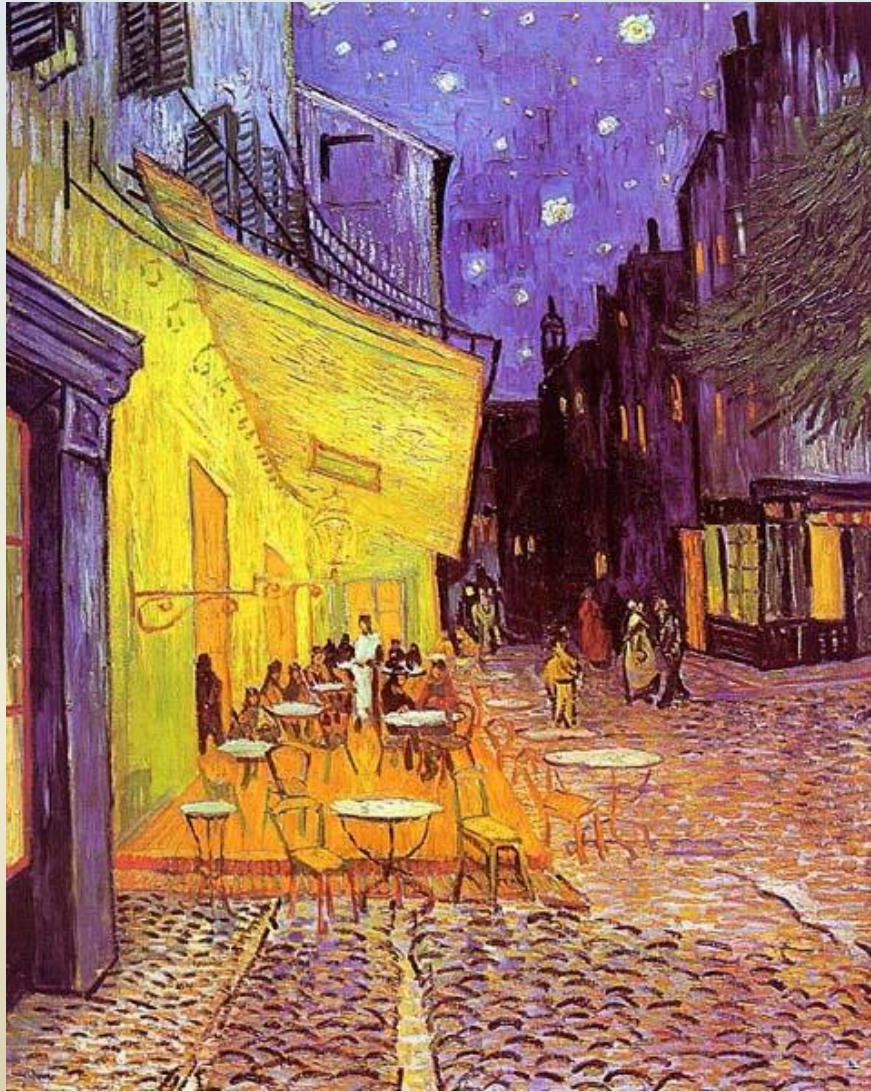
<http://www.afsp.org/out-of-the-darkness-walks>



Благодарю за внимание!













Благодарю за внимание!

Диагностика депрессии

- жалобы (общая слабость, снижение аппетита, нарушение концентрации внимания, нарушение сна, утрата интереса, затруднение в начале действий) ;
- с чем связывает ухудшение самочувствия;
- динамика состояния;
- наличие подобных состояний в прошлом;
- история обращений за помощью, лечения и самолечения;
- наследственная предрасположенность;
- наличие суицидальных тенденций.



Диагностика депрессии

Наблюдение



Больной с депрессией одевается чаще небрежно, выбирает серые и темные тона одежды, женщины не следят за прической и не используют макияж. Походка больного вялая, мимика бедная, речь монотонная, голос тихий.

Близкие пациента отмечают, что поведение больного изменилось: меньше улыбается, забросил любимые занятия, более холоден с близкими.

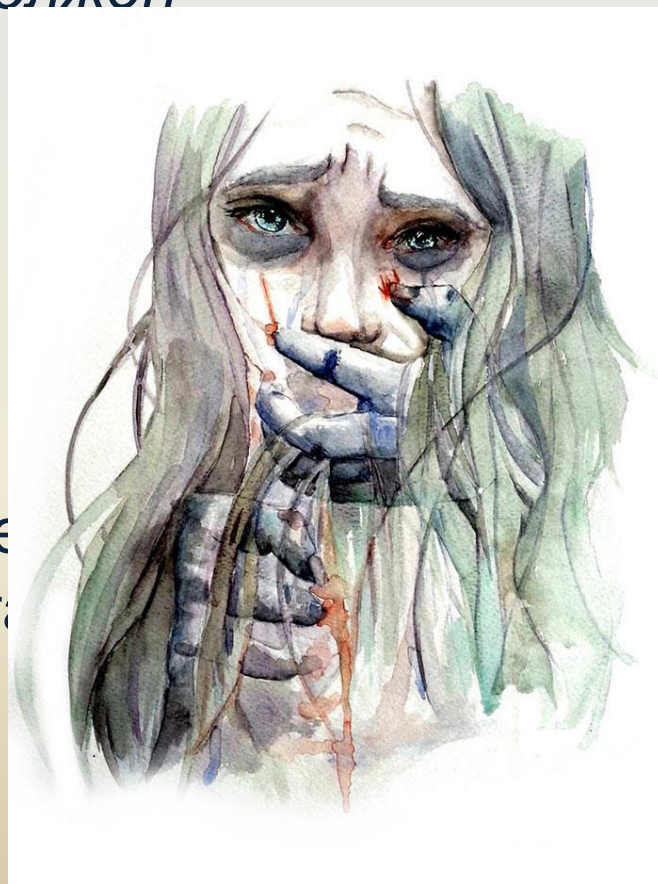
1. Несправедливое отношение со стороны родственников или окружающих
2. Ревность
3. Измена любимого человека
4. Развод
5. Особенности Вашего характера
6. Неприятности, связанные с работой (учебой)
7. Чувство одиночества
8. Потеря близкого человека
9. Неудачная любовь
10. Недостаток внимания, заботы
11. Состояние физического здоровья
12. Состояние психического здоровья
13. Сексуальные проблемы
14. Боязнь наказания
15. Боязнь позора
16. Чувство вины
17. Чувство собственной неполноценности
18. Ощущение бессмысленности существования
19. Материально-бытовые трудности
20. Отсутствие работы

21. Другая причина (впишите):

Депрессия меланхолического типа («эндогенная депрессия»)

Пациент, помимо того что удовлетворяет критериям большой депрессии, должен страдать хотя бы тремя нарушениями из следующих:

- 1) раннее утреннее пробуждение;
- 2) депрессия сильнее выражена в утренние часы;
- 3) отчетливые психомоторная заторможенность или возбуждение;
- 4) значительное снижение аппетита и веса;
- 5) неадекватное чувство вины;
- 6) суицидные мысли.



Биполярное аффективное расстройство

Предикторы развития биполярного расстройства:
острое начало. заторможенная депрессия с гиперсомнией, психотическая депрессия, начало в послеродовом периоде, гипомания при применении антидепрессантов.

40% пациентов с биполярным расстройством переживают смешанные эпизоды.

Проявления депрессивных состояний в молодом возрасте иные, чем у взрослых:

- потеря энергии
- чувство скуки, усталости
- ухудшение успеваемости
- рассеянность внимания
- чувство "заслуженной отвергнутости".

Особенности подросткового суицида:

- кратковременные конфликты в сферах близких отношений (в семье, школе, группе)**
- конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный**
- суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение и т.п.**
- суицидное поведение демонстративно, в нем есть признаки "игры на публику"**
- суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманности, взвешенности, точного просчета**
- средства самоубийства выбраны неумело.**

Клинический психолог, доктор философии, член Американской психологической ассоциации Гай Винч.

Реакция на отвержение.

Несколько психологических ран:

- 1) эмоциональная боль;
- 2) гнев и агрессия;
- 3) удар по самооценке (ошибки объяснения причин отвержения)

Винч Г. Первая психологическая помощь. – Минск : Попурри, 2014. – 272 с.

Синдромы психических расстройств, лимитирующие суицидальное поведение:

- астенический
- ипохондрический
- маниакальный
- апатоабулический
- онейроидный
- паранойяльный бред сутяжничества,
реформаторства и изобретательства.

*Благодарю
за внимание!*