



Справочник для родственников

Справочник для родственников,
близкий человек которых
страдает от психических
расстройств



OMAISET

MIELENTERVEYSTYÖN TUKENA
UUDENMAAN YHDISTYS RY

СОДЕРЖАНИЕ

Введение к справочнику	3
Почему человек может заболеть психически?	4
Когда заболевшему нужна профессиональная помощь?	4
Психическое заболевание близкого человека может вызвать кризис всей семьи	4
Этап шока	5
Этап реагирования	5
Этап обсуждения	5
Этап взятия нового курса	5
Адаптация семьи к новой жизненной ситуации	5
Как я могу помочь своему близкому, который считает, что не нуждается в помощи?	6
Общество родственников и поддержка равных равными ...	7
Основы системы психиатрического лечения	8
Аффективное расстройство	9
Депрессия	9
Биполярное аффективное расстройство	10
Шизофрения и другие психические расстройства	10
Психоз	10
Шизофрения	11
Расстройства личности	12
Тревожные неврозы	13
Пищевые расстройства	13
Психоактивные вещества и психическое здоровье	14
Психическая реабилитация	15
Болезнь и вопросы по материальному обеспечению.....	15
Права пациента	16
Доверенное лицо пациента	16
Больничный, реабилитация или пенсия?	16
Корреспондентский счет и опека	17
Консультация по экономике и долгам	17
Жилищные услуги	17
Пособие по уходу за близким	18
Источники	18
Ссылки	19





ВВЕДЕНИЕ К СПРАВОЧНИКУ

Справочник родственника предназначен для тех, у кого близкий человек заболел или испытывает психические расстройства. Мы составили справочник, используя материалы, накопленные в ходе практической работы нашего общества среди родственников. Справочник предлагает информацию и поддержку, чтобы преодолеть сложную жизненную ситуацию. Мы собрали основную информацию о психических заболеваниях, лечении и реабилитации. Справочник также содержит информацию об основных социальных льготах и порядке их предоставления. Однако каждое заболевание имеет свои индивидуальные особенности, также система оказания помощи варьируется между муниципалитетами. В конце справочника предлагается список источников к более подробной информации о темах, обсуждаемых в справочнике.

Мы надеемся, что справочник также будет оказывать помощь в работе сотрудников здравоохранения и социального обеспечения с родственниками. Родственники – важный ресурс при лечении и реабилитации близкого человека. Это предполагает, по мере того как это возможно, их вовлечение в лечебный процесс, и заботу об их благополучии.

Как заболевший человек, также родственник проходит свой процесс одобрения и привыкания к жизни с болезнью близкого. Деятельность, направленная родственникам, предлагается по всей Финляндии во многих местных обществах, организованных родственниками. Особенно деятельность, базирующаяся на поддержке равных равными, высоко оценивается среди родственников.

ПОЧЕМУ ЧЕЛОВЕК МОЖЕТ ЗАБОЛЕТЬ ПСИХИЧЕСКИ?

На фоне психического заболевания нередко наблюдаются наследственные и/или неврологические причины, связанные со средой и сложившимися взаимоотношениями. Если в семье в течение многих поколений проявлялись психические расстройства, это может означать существование наследственной предрасположенности к особым формам реагирования на жизненные трудности. Даже в таком случае только совместное действие всех факторов может вызвать заболевание. Основным фактором, вызывающим заболевание, может стать стресс, связанный с жизненными событиями, например, из-за напряженной ситуации на работе, финансовых трудностей, изменений жизненной среды и/или взаимоотношений с окружающими людьми. Наши индивидуальные ресурсы и жизненный опыт оказывают влияние на способность нашего организма и души противостоять стрессу. Психическое заболевание – это как любое заболевание, знание характера которого может помочь предотвратить ее повторное появление. Родственникам и членам семьи хорошо вспомнить, что они не могут своими действиями вызвать психическое заболевание своего близкого, но могут оказать ему поддержку в процессе выздоровления.

КОГДА ЗАБОЛЕВШЕМУ НУЖНА ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ?

Наблюдения близких об изменении поведения, действий и/или мышления заболевшего являются важной информацией при обращении к медицинским службам и планировании лечения. Возможно, что близкие уже давно наблюдают за определенными симптомами заболевшего. С другой стороны, распознавание симптомов может быть сложно, что осложняет процесс направления пациента на лечение. Иногда заболевший не может сам определить необходимость получения лечения и способы оказания помощи. Оценка необходимости оказания медицинской помощи всегда проводится врачом. Соответственно, ответственность за принятие решения об оказании медицинской помощи заболевшему не лежит на его родственниках.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ КРИЗИС ВСЕЙ СЕМЬИ

Нередко психическое заболевание члена семьи влечет за собой кризис всей семьи. Психическое заболевание и ее симптомы нередко вызывают у родственников и заболевшего одинаковые эмоции, как разочарование, чувство вины, печаль, тревогу, злость и усталость. Адаптация к новой жизненной ситуации требует своего времени, и может оказаться тяжелой. Каждый член семьи своим темпом проходит свой внутренний процесс выздоровления и адаптации. Также представления о степени серьезности состояния заболевшего могут варьироваться между членами семьи. Это может влечь за собой изменение домашней атмосферы и взаимоотношений между членами семьи.

Кризис всегда запускает процесс, осознание этапов которого поможет понять свою ситуацию и ситуацию других членов семьи, и облегчать ее обсуждение. Мы можем описать кризис с помощью модели из четырех этапов. Каждому этапу характерно проявление эмоций разного рода. Кризис всегда является индивидуальным процессом. Каждый член семьи проходит его своим темпом. Обсуждение кризисных ситуаций важно, так как предыдущие кризисы,



которые были обсуждены не до конца, или вообще не обсуждались, могут активизироваться и стать предметами обсуждения наряду с текущим кризисом.

“Вся семья встревожилась и чувствовала себя слабой, в связи с чем внутрисемейные отношения сплотились и связей с людьми за пределами семьи стало меньше.”

“Моя первая реакция была – шок и потрясение, когда я попал в такую ситуацию. Просто хочешь надеяться, что это все всего лишь сон.”

Этап шока

При наступлении кризисной ситуации человек находится в шоке. Данному этапу характерно отрицание реальности и трудности в восприятии сложившейся ситуации. Шок оберегает нас от информации, которую мы пока не в состоянии усвоить. В шоковом состоянии человек может испытывать трудности в принятии адекватных решений. Эмоции, характерны на данном этапе – чувство потрясения, эмоциональное перереагирование или ступор. Также тело может отреагировать на шок. Характерными симптомами являются, например: желудочная и головная боль, учащенное сердцебиение и тошнота. Этап шока обычно длится несколько дней, и важно, чтобы в это время с больным находился человек, кто может взять на себя заботу о повседневных делах.

Этап реагирования

Этапу реагирования характерны сильные реакции и чувства, такие как отрицание случившегося, излишняя рационализация чувств и изоляция. Размышления о причинах заболевания нормальны. Чувства, типичны для данного этапа: страх, грусть и чувство вины. Этап реагирования может длиться несколько месяцев, и тогда важно говорить с кем-нибудь о случившемся.

Этап обсуждения

В данном этапе идет обсуждение случившегося, душа больше не отрицает случившееся, все чувства получают свое название, и о них можно говорить. Происходит постепенная адаптация к новой ситуации, и чувства тревоги начинают ослабевать. Близкие человека, заболевшего психическим расстройством, обсуждают ситуацию у себя и начинают активную предварительную подготовку к новой внутрисемейной обстановке.

Этап взятия нового курса

На данном этапе заболевание становится частью прошедшей жизни. Заболевание не уходит, однако отношение к нему изменилось. Родственники начинают находить в себе новые ресурсы и способы выживания. Заболевание близкого – просто эпизод жизни, и с ним можно научиться жить. Многие родственники чувствуют, что общение с родственниками других психически больных лиц и их поддержка в аналогичной ситуации дает им силы.

АДАПТАЦИЯ СЕМЬИ К НОВОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Принятие психической болезни как факт – важно. Тогда и получение соответствующей помощи станет легче. Ситуация может осложняться отказом близкого от медицинской помощи, или если у медицинского персонала иное мнение о необходимости оказания медицинской помощи.



Родственникам полезно получить информацию о психических расстройствах и их лечении, социальном обеспечении и других формах поддержки, связанных с ситуацией. Забота о заболевшем близком человеке является естественной потребностью родственников. Однако существует риск, что эти вопросы будут полностью занимать время родственников, вследствие чего их забота о себе может отодвинуться на второй план. Усталость и уменьшение надежды повышают риск заболевания самого родственника. Важно, чтобы родственник не остался один.

Нередко психическое заболевание заставляет всех членов семьи адаптироваться к новой обстановке. Зачастую психическую болезнь трудно принять, но адаптация к новой ситуации важна и требует времени. Процесс адаптации начинается еще до постановки диагноза близкому. Психические расстройства могут развиваться медленно или застать врасплох всю семью. Родственники могут отмечать изменение поведения или привычек заболевшего. Возможно, что эти изменения кажутся событиями, связанными с новой жизненной ситуацией, или родственники могут пытаться найти им какое-то другое разумное объяснение. Члены семьи могут не сойтись во мнении о степени серьезности симптомов близкого и необходимости обратиться за помощью. Постановка диагноза может облегчать нагрузку родственников, когда изменившаяся семейная обстановка получит свое название. Постановку диагноза следует принять как шаг вперед, после которого можно будет сосредоточиться на лечении и реабилитации заболевшего.

Нередко адаптация родственника к новой ситуации – многолетний процесс, в течение которого взвешиваются собственные убеждения, чувства, наблюдения и мнения об окружающем мире и самом себе. Процесс адаптации помогает понять болезнь и ее сущность. Жизнь продолжается, несмотря на заболевание. Оно не является внутрисемейной проблемой, а просто частью жизни. В ходе реабилитационного процесса большинство членов семьи адаптируется к новой жизни с заболеванием и признает его существование. Другие родственники признают ситуацию наполовину, а часть родственников отрицает ее полностью.

Родственники – важная опора для человека, заболевшего психическим расстройством. Поэтому они должны заботиться о восстановлении своих собственных сил. Забота о больном и поддержание собственных сил может вызвать противоречивые чувства у родственника: означает ли принятие болезни потерю надежды на выздоровление? Можно ли заботиться о собственном благополучии и не испытывать угрызения совести? Забота о близком поддерживает его благополучие, или способствует развитию его болезни?

“Мне кажется, что я остался совсем один с этой проблемой. Нет никого, кто понял бы, о чем идет речь. У меня сложилось представление о том, что я единственный человек в мире, у которого такая семейная ситуация.”

Как я могу помочь своему близкому, который считает, что не нуждается в помощи?

Многие психические заболевания сопровождаются состоянием неосознания (анозогнозия) или отрицания болезни, что чаще всего наблюдается на начальной стадии заболевания. Желание больного отрицать существование



симптомов заболевания нередко причиняет боль и тревогу родственникам. Им трудно признать желание близкого отказаться от лечения, когда ему предлагают медицинскую помощь. Близкий человек, чувствуя, что члены семьи, друзья и лечебное учреждение действуют против его воли, скорее всего все больше будет сопротивляться предложениям об оказании помощи для решения повседневных проблем.

Зачастую посредством предоставления правильной информации можно влиять на готовность больного согласиться на лечение. Родственники, близкий человек которых не получает организованную помощь, нередко остаются без поддержки и адекватной информации о болезни и ее последствиях.

“Я пытался уговорить его обратиться к врачу, но это было бесполезно. Он не чувствует себя больным.”

“Я ничего не знаю о психической болезни моего взрослого ребенка, и мне не дают никакой информации о ней. Можно ли вылечить психическое расстройство?”

1. Заболевание близкого – кризис для всей семьи. Адаптация к новой ситуации требует времени.
2. Различные эмоции, как чувства стыда и вины, являются естественной частью происшедшего.
3. Приобретайте информацию о болезни.
4. Поговорите с другими людьми, оказавшимися в подобной ситуации, и принимайте участие в деятельности организации, например, местного общества родственников, предлагающей поддержку равных равными.
5. При необходимости обратитесь в медицинскую службу гигиены труда или в местную поликлинику.
6. Распознайте свои возможности и заботьтесь о себе.
7. Болезнь – только одна сторона жизни. В жизни есть и другие вещи.

ОБЩЕСТВО РОДСТВЕННИКОВ И ПОДДЕРЖКА РАВНЫХ РАВНЫМИ

В Финляндии действует около 20 обществ, предлагающих деятельность, направленную родственникам больных психическим заболеванием. Основные формы деятельности обществ родственников включают в себя организацию индивидуальных и семейных свиданий, основанных на принципах предоставления информации и руководства, а также различных групп, курсов, лекций и оздоровительной деятельности. Общество родственников также сотрудничает с другими местными организациями в целях продвижения своей деятельности в области поддержания психического здоровья населения.

Вы можете получить информацию о деятельности в Уусимаа на соответствующем сайте общества родственников: www.otu.fi. Контактные данные местного общества вы найдете на сайте Центрального союза родственников в поддержку работы по психическому здоровью: www.omaisten.org.



Поддержка равных равными – основная форма поддержки в деятельности обществ родственников. Поддержка равных равными – это будние встречи с людьми. Основная часть деятельности родственников при поддержке равных равными – деление опытом. Нам отраднo слышать, что мы не одни с нашими проблемами. Заболевание близкого и симптомы его психического заболевания могут вызвать у других те же чувства и мысли.

Общество родственников предлагает деятельность, основанную на поддержке равных равными в группах под руководством профессиональных инструкторов или обученных добровольцев. Группы подразделяются на две категории: свободные и доступные встречи для всех желающих, и закрытые группы. Часть групп формируется на основании состава родственников, в том числе, братьев и сестер, родителей, супругов, и взрослых, родители которых болеют психическим заболеванием. Обсуждаемые в группах темы и их содержание варьируются в зависимости от требуемой поддержки и характера каждой группы. На каком-то этапе срочная информация о заболевании может оказаться самой важной поддержкой, чтобы понимать ситуацию с близким человеком или самим собой. Позднее хорошо остановиться и задуматься над своими силами в новой жизненной ситуации. Чтобы предлагать способы справляться с повседневными задачами, в группах можно учиться распознавать чувства, определить личные пределы и найти конкретные способы восприятия болезни близкого и нагрузки жизненной обстановки.

“Наша группа и рассказы ее участников открывают мне новые виды, и дают мне силы, чтобы жить дальше”

“Поддержка равных равными – возможность делиться информацией и быть выслушанным”

“Я намерен принимать участие в группе поддержки равных равными, чтобы стабилизировать свою ситуацию”

ОСНОВЫ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Как правило, услуги по психическому здоровью организованы в виде амбулаторного лечения. Амбулаторное лечение подразумевает не госпитализацию, а посещение районной поликлиники, психиатрической поликлиники или дневного стационара больницы. Человеку, страдающему психическими расстройствами, нужно первоочередно обратиться в учреждение базового здравоохранения (например, в районную поликлинику, медицинскую службу здравоохранения работников или студентов), чтобы провести оценку необходимости оказания медицинской помощи и, при необходимости, получить направление на специализированное стационарное психиатрическое лечение. Амбулаторные услуги по психическому здоровью предлагают организации как публичного, так и частного сектора. Стационарное лечение предлагается в том случае, когда услуг амбулаторного лечения недостаточно и принято решение о направлении пациента на стационарное лечение. Согласно Закону о психическом здоровье, услуги по психическому здоровью должны предоставляться комплексно.

Большинство услуг по психиатрическому лечению предлагается на добровольной основе, и Закон о психическом здоровье делает акцент



на собственной инициативе пациента, чтобы пациент сам обратился за медицинской помощью. Поэтому прием в больницу всегда должен являться частью планового и комплексного лечения пациента. Даже психотический пациент может иногда обойтись без стационарного лечения, если амбулаторная помощь окажется достаточной.

АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Основные симптомы аффективного расстройства – изменение настроения и связанное с ним изменение функционального уровня пациента. Типичные примеры аффективного расстройства – депрессия и биполярное аффективное расстройство. Депрессии свойственны только периоды депрессивного состояния, однако биполярное аффективное расстройство включает как депрессивные, так и маниакальные (состояние приподнятого настроения) стадии.

Основным симптомом аффективного расстройства является долгосрочное изменение настроения или эмоционального тона. Моментальный или кратковременный эмоциональный упадок является нормальной реакцией на различные разочарования и утраты. При аффективном расстройстве состояние измененного настроения длится не менее 2–3 недель, нередко месяцы, а иногда и годы. С аффективным расстройством связаны и другие различные симптомы; например, естественная и проходящая печаль, связанная с потерей близкого, не является аффективным расстройством. Классификация различных аффективных расстройств основывается на определении качества симптомов, степени их тяжести и длительности.

Депрессия

Основными симптомами депрессии являются упадок настроения, потеря интереса и чувства удовольствия, пониженная энергетика. Другие характерные для депрессии симптомы: ослабление способности концентрации внимания, заниженная самооценка и неуверенность в себе, чувство вины и потеря самоуважения, чувство безнадежности в отношении будущего. Состояние депрессии можно квалифицировать как: легкая, средней тяжести, тяжелая или психотическая депрессия. Степень депрессии можно определить с помощью количества, качества и тяжести симптомов. При легкой депрессии человек испытывает определенные трудности в выполнении повседневных задач, также у него обычно можно наблюдать два или три симптома, характерные депрессии. У больного депрессией средней тяжести симптомы уже оказывают значительное влияние на его социальные взаимоотношения и выполнение трудовых обязанностей. При тяжелой депрессии пациент уже не может продолжать работать или поддерживать социальные связи. Нередко с состоянием тяжелой депрессии связаны потеря самоуважения и чувства вины, а также мысли о самоубийстве. Психотическая депрессия подразумевает ситуацию, когда идейным миром человека овладевают галлюцинации или обман чувств.

Лечение депрессии обычно включает терапевтические беседы и медикаментозное лечение по отдельности или комбинированно. Выбор лечебного метода и лекарственных препаратов определяется индивидуально в зависимости от степени тяжести депрессии и жизненной ситуации пациента. Чем более тяжелая форма депрессии, тем более важно применение



медикаментозного лечения. При медикаментозном лечении особое внимание обращается на адекватность дозировки, продолжительность курса лечения и отслеживание результатов воздействия препаратов. Пациенты, которым медикаментозное лечение не помогает в достаточной степени, могут получить помощь от лечения электрошоком. Лечение электрошоком – современный и эффективный метод лечения для больных тяжелой формой депрессии. Значительная часть пациентов, которые плохо реагируют на антидепрессанты, получает помощь от лечения электрошоком. При повторном появлении симптомов депрессии только зимой или в темное время года, речь обычно идет о сезонном эмоциональном расстройстве, при лечении которого применяется световая терапия. Регулярное занятие физкультурой может оказать пациенту помощь, но оно не может заменить другие виды лечения депрессии. Терапевтические беседы направлены на поддержание надежды, распознавание отрицательных моделей мышления и поиск альтернатив.

Биполярное аффективное расстройство

Пациент, страдающий от биполярного аффективного расстройства, испытывает повторяющиеся периоды, когда его настроение и уровень активности подвергаются значительным нарушениям. Период приподнятого настроения, когда часто и активность пациента повышается, называется манией. Кроме периода мании, у человека, страдающего от биполярного аффективного расстройства, наблюдаются и другие депрессивные периоды, когда его настроение и активность значительно снижаются. При биполярном аффективном расстройстве картина симптомов депрессивного периода соответствует симптомам депрессии, описанным в разделе о депрессивном состоянии.

Медикаментозное лечение, стабилизирующее настроение, является основным видом лечения биполярного аффективного расстройства. Обычно лекарственные препараты принимаются постоянно, ввиду стремления нивелировать эксцессы заболевания и продления бессимптомных и спокойных периодов. Целью лечебных мероприятий является поддержка пациента, укрепление его приверженности к лекарственному лечению, облегчение распознавания ранних симптомов предстоящего периода расстройства настроения, и оказание помощи в адаптации пациента и его родственников к болезни. При планировании лечения следует уточнить, какой этап заболевания пациент сейчас переживает, а также учитывать общий ход болезни. Пациент должен получать информацию о своем заболевании (психообразование), например, в рамках групп владения симптомами. Полученная информация повышает приверженность пациента к лечению. Серьезные формы суицидальности, психотичность, неспособность заботиться о себе и значительное снижение функциональности зачастую дают основание для госпитализации пациента. При необходимости стационарное лечение можно проводить, в соответствии с Законом о психическом здоровье, без учета мнения пациента.

ШИЗОФРЕНИЯ И ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Психоз

Под психозом подразумевается расстройство психического здоровья, с которым связано нарушение чувства реальности. Психотические симптомы

означают, что человек представляет придуманные своим воображением вещи реальными. Таких симптомов много. Основные группы психотических симптомов – галлюцинации и бред. Находясь под влиянием галлюцинаций, человек может чувствовать себя преследуемым или быть убежден в том, что другие люди могут слышать его мысли. При галлюцинации человек слышит то, что в действительности не существует; он слышит речь, имеет видения, ощущает несуществующий запах или чувствует касание к коже. Наиболее распространенными галлюцинациями являются слуховые галлюцинации.

Пациенту с психотическими симптомами чаще всего оказывается амбулаторное лечение. Участие семьи и близких в процессе лечения важно. Амбулаторное лечение можно проводить, например, в виде посещений психиатрической поликлиники или дневного стационара, или на дому. Медикаментозное лечение играет центральную роль в лечении психоза. Если одновременно с депрессией наблюдается и повышенный суицидальный риск, или симптомы болезни оказывают значительную нагрузку на пациента и его окружение, то следует подумать о госпитализации пациента. Пациент не всегда сам может обратиться за помощью. Он может не чувствовать себя больным и ситуация может постепенно ухудшаться. Возможны ситуации, когда семья или посторонние люди будут вынуждены доставить больного с психозом на стационарное лечение. При госпитализации начальная ситуация для установления доверительных лечебных отношений и сотрудничества с пациентом может оказаться непростой. Иногда в таких ситуациях нужно будет принять решение об оказании помощи без учета мнения пациента, однако первостепенный подход к лечению всегда предполагает согласие пациента.

Шизофрения

Шизофрения – самое распространенное длительное психотическое заболевание. Шизофрения влечет за собой глубокое разрушение личности, ослабление чувства реальности и снижение функциональности. Нередко это сопровождается и изоляцией от социальных контактов. Распространенность шизофрении в Финляндии оценивается свыше одного процента, и она имеет равномерное распределение среди мужчин и женщин.

На возникновение шизофрении влияют многие факторы. Шизофрения выражается во многих различных формах, которые трудно объяснить каким-то единичным фактором, являющимся первоисточником заболевания. На данный момент считается, что шизофрения возникает в результате совместного воздействия наследственной предрасположенности и факторов среды.

Доверительное и долгосрочное лечебное отношение – краеугольный камень реабилитации и лечения шизофрении. При лечении шизофрении основным методом является комбинирование различных видов лечения таким образом, чтобы они сформировали необходимый комплексный подход, способствующий реабилитации пациента в его жизненной ситуации. Целью лечения и реабилитационных мероприятий является ликвидация или снижение симптомов, предотвращение наступления новых психотических периодов или уменьшение их количества и степени тяжести, а также улучшение психосоциальной функциональности пациента и качества его жизни. Зачастую качественная терапия является комбинацией нескольких видов лечения, что предполагает тесное сотрудничество между службами базового здравоохранения, специализированной терапии и близких пациента. План реабилитации обычно



составляется совместно с профессионалами разных профилей с участием пациента и его близких. Психообразование всей семьи направлено на повышение уровня знаний пациента и его близких о психическом заболевании, а также на оказание поддержки близким пациента. Медикаментозное лечение играет основную роль, однако не все пациенты одинаково реагируют на такое лечение. При определении дозировки целью является назначение адекватной минимальной дозы препарата с учетом минимизации возможных побочных эффектов, связанных с его использованием. Как правило, терапевтические беседы предлагают поддержку, сосредотачиваясь на практических вопросах и повседневных проблемах. Госпитализация может оказаться необходимой в начале лечения или впоследствии в случае возникновения кризисных ситуаций.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Расстройства личности – длительные психические расстройства, мешающие функциональности и поддержанию социальных связей, проявляющиеся отклонениями в личностных качествах человека. Существуют разные расстройства личности; человек может быть склонен к изоляции от окружающих, или наоборот привлекать к себе внимание или проявлять зависимость от окружающих. Он может вести себя странно, нестабильно, враждебно, бесконтрольно, или навязчиво. Нередко с расстройствами личности связаны различные формы депрессии и тревожные неврозы. При некоторых расстройствах личности наблюдается злоупотребление спиртными напитками или другими психотропными веществами.

Согласно существующей классификации к расстройствам личности относятся следующие нарушения:

Недоверчивая личность
Изолирующаяся личность
Антисоциальная личность
Эмоционально нестабильная личность
Личность, желающая привлечь к себе внимание
Требовательная личность
Личность с препятствиями
Зависимая личность

Факторы, обуславливающие возникновение расстройства личности, не до конца известны. Известно, что генетические и другие биологические факторы, также как влияния окружающей среды, связаны с развитием расстройства личности.

Люди с расстройством личности редко обращаются за помощью по поводу самого расстройства. Однако они обращаются за помощью по поводу, например, жизненных кризисов, тревожного состояния или депрессии, которым они подвержены больше других людей. Черты личности и обычаи, связанные с поведением и мышлением, сложно изменить, и такие изменения происходят медленно. Терапевтические беседы направлены на достижение понимания в том, чтобы пациент научился нести ответственность за свои поступки и научился понимать причинно-следственную связь вещей и своего поведения. Пациенту оказывается поддержка, чтобы он научился владеть своими возможными импульсивными поступками и овладеть социальными



моделями поведения. Медикаментозная терапия используется при лечении депрессивного состояния, чувства тревоги или страха, которые могут сопровождать человека при расстройстве личности.

ТРЕВОЖНЫЕ НЕВРОЗЫ

Следует различать тревожный невроз и тревогу. Тревога обусловлена жизненными трудностями и противоречиями. Лица, страдающие от тревоги, обычно получают помощь от кризисной терапии или поддержки близких. Тревожные неврозы сами по себе являются нормальными чувствами, связанными с угрозами нашему личному благополучию.

Тревожные неврозы (различные страхи, например, в социальных ситуациях, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивные расстройства), являются самыми распространенными психическими расстройствами. Часто они начинаются еще в детстве или молодости. Около 25 % населения страдает от тревожных неврозов на каком-то этапе своей жизни.

Зачастую тревожные неврозы являются длительными и поэтому требуют длительных курсов лечения. Среди пациентов, страдающих от тревожных неврозов, нередко наблюдается и депрессия. Поэтому важно распознавать совпадение обоих расстройств как можно быстрее. Пациенты, страдающие от тревожных неврозов, часто обращаются в службы здравоохранения, но только часть из них может обратиться именно по поводу тревожного невроза. Лечение тревожного расстройства состоит из различных терапевтических методов и медикаментозного лечения. С помощью медикаментозного лечения можно облегчать как симптомы психической тревоги, так и физические симптомы синдрома.

ПИЩЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Пищевое расстройство является отклонением от нормального пищевого поведения, с которым связано серьезное нарушение психической, физической или социальной функциональности. Самые распространенные пищевые расстройства – нервная анорексия (*anorexia nervosa*) и нервная булимия (*bulimia nervosa*). Обе могут выражаться нетипичными формами, не соответствующими принятым определениям лечения подобных расстройств. Нередко пищевое расстройство является недугом молодых девушек, только 5–10 % страдающих от пищевых расстройств – мужчины.

Нередко пищевое расстройство скрывается и его существование отрицается. Целью лечебных мероприятий является восстановление организма после длительного периода недоедания и коррекция пищевого поведения. Пациентам нужно пищевое руководство, советы и терапевтические беседы. Медикаментозное лечение может оказаться необходимым, и его значение в лечении булимии более подчеркнутое, чем в лечении анорексии. Общая цель – амбулаторное лечение, проводимое, с учетом местных условий, в лечебном пункте, предназначенном для обслуживания пациентов, страдающих от пищевых расстройств, службах базового здравоохранения или специализированного лечения. Нередко лечебные мероприятия следует проводить в сотрудничестве со специалистами, пациентом и его семьей.



Госпитализация необходима, если состояние недоедания оценивается как тяжелое, или если у пациента наблюдаются выраженные соматические или психические сопровождающие симптомы или нарушения, или если пациенту не оказывается поддержка в достаточной степени со стороны окружения. В ситуациях, когда пациент отказывается от стационарного лечения, хотя его психическое или соматическое состояние опасно для жизни, лечение следует начинать без учета мнения пациента.

ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Алкоголь и другие психоактивные вещества могут вызывать различные психические симптомы. Они могут, в том числе, оказать биполярное воздействие на симптомы депрессии и тревожных неврозов. Человек может употреблять алкоголь в качестве лекарства, облегчающего тревогу. Это может привести к регулярному и чрезмерному употреблению алкоголя, хотя его эффект, облегчающий тревогу, со временем снижается. С другой стороны, употребление алкоголя и других психоактивных веществ оказывает нагрузку на организм, способствуя обострению и появлению сильных чувств тревоги. При прекращении употребления веществ эти психические симптомы обычно исчезают в течение нескольких недель. Однако в случае двойного диагноза психические симптомы будут продолжаться даже после длительного периода трезвости. Обычно под двойным диагнозом подразумевается ситуация, когда у человека, кроме проблемы с психоактивными веществами, наблюдается и расстройство психического здоровья, непосредственно не связанное с употреблением психоактивных веществ. Данное определение может казаться неясным, так как часто эти расстройства официально не диагностируются, хотя их существование де-факто признается.

Двойные диагнозы достаточно распространены. Например, около половины пациентов, страдающих шизофренией или биполярным аффективным расстройством, имеют проблему с психоактивными веществами на какой-то стадии болезни.

При лечении пациентов с двойным диагнозом следует обратить внимание как на проблему с употреблением психоактивных веществ, так и на лечение психиатрического расстройства. Лечение психических расстройств не удается лучшим образом без контроля употребления алкоголя. Нередко психоактивные вещества способствуют появлению симптомов или обостряют их. Например, чрезмерное употребление алкоголя и бензодиазепинов может привести к ситуации, когда медикаментозное лечение или терапевтические беседы не могут облегчать симптомы депрессии или тревоги.

При лечении пациентов с двойным диагнозом преобладают модели периодического и параллельного лечения, предлагаемые в двух разных учреждениях (например, в клинике «А» и психиатрической поликлинике). При использовании модели периодического лечения, сначала концентрируют внимание на первую проблему. Когда в ее лечении достигнуты удовлетворительные результаты, можно приступить к лечению второй проблемы. При использовании модели параллельного лечения, оба недуга лечатся параллельно, однако их лечение проводится в разных учреждениях. Новая модель лечения пациентов с двойным диагнозом – интегрированное лечение. При ней одно единственное лечебное учреждение занимается



комплексным лечением пациента.

ПСИХИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Понятие психической реабилитации используется в Финляндии в качестве универсального названия для всех реабилитационных мер, направленных на восстановление психического здоровья. К реабилитации относятся как индивидуальные реабилитационные мероприятия, проведенные в психиатрических лечебных учреждениях, так и проводимые на общем уровне мероприятия, направленные на улучшение психического здоровья граждан. Часто между понятиями «лечение» и «реабилитация» нет практической разницы. Цель реабилитации – поддержка функциональности и работоспособности граждан.

Реабилитационный процесс – это целевые планы, соответствующие лечебные мероприятия и проведение оценки прохождения реабилитации. Восстановление психического здоровья следует рассматривать в рамках взаимоотношений и сотрудничества между пациентом и специалистами, основывающегося на многопрофильном подходе к лечению, в котором ни одна группа профессионалов не может предложить единственно правильного решения. Реабилитация должна основываться на совместном плане, составленном пациентом, членами его лечебной группы, и, возможно, близкими пациента. За проведение реабилитационных мер обычно отвечает многопрофильная группа специалистов. Реабилитация может состоять из терапевтических бесед, индивидуальной или групповой терапии или трудовой деятельности.

БОЛЕЗНЬ И ВОПРОСЫ ПО МАТЕРИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ

При психическом заболевании члена семьи, вопросы, связанные с проживанием семьи и ее выздоравливающего члена, становятся актуальными. Продолжительность больничного отпуска нельзя определить заранее, и вполне возможно, что после больничного отпуска следует обдумать другие альтернативы для обеспечения средств на проживание, например, пособие по реабилитации или пенсию. **Получение льгот предполагает подачу в органы соответствующих заявлений – льготы не предоставляются автоматически.** Сначала подача этих заявлений может казаться вам сложным, когда вам одновременно приходится заполнять новые анкеты и заучивать новые термины. Лицам, проходящим психологическую реабилитацию, полагаются те же льготы, предусмотренные законом, как и другим категориям инвалидов. Получение льгот предполагает предоставление максимально конкретного описания функционального недостатка заявителя.

Нередко родственникам кажется, что подача заявлений на получение льгот лежит на их ответственности. В последнее время муниципалитеты и различные организации стали предлагать услуги, направленные на оказание помощи лицам, проходящим психологическую реабилитацию, чтобы они могли получить положенные им льготы. В психиатрических отделениях и поликлиниках работают сотрудники социальных служб, задача которых – оказание помощи пациентам в получении льгот. Согласно Административному закону, должностное лицо должно давать советы в



рамках своей компетенции, а также отвечать на соответствующие вопросы своих клиентов.

Права пациента

(Закон о правах и положении пациента 785/1992)

В Финляндии действует закон о правах пациента. Оно затрагивает все службы в области здравоохранения и социального обеспечения. Закон регулирует, в том числе, следующие вопросы:

- пациент имеет право на адекватное лечение
- лечение следует проводить в сотрудничестве с пациентом
- пациенту необходимо предоставить данные о его состоянии здоровья, объеме оказываемого лечения, факторах риска и альтернативных формах лечения
- когда пациент встал в очередь за лечением, ему следует сообщить дату и время начала лечебных мероприятий
- пациент, который не доволен оказанным лечением, может сделать замечание лечебному учреждению по поводу своего лечения или обращения с ним

Если пациент сам не может принимать решение по поводу своего лечения, следует выслушать родственников или другого близкого человека. Если получение необходимой информации по поводу лечения пациента невозможно, медперсоналу следует задаться вопросом, что служит личным интересам пациента, и оказать ему лечение в соответствии с ответом на этот вопрос.

Решения о лечении следует принимать совместно с пациентом. Если пациент отказывается от лечения или проведения какого-то лечебного мероприятия, следует постараться найти другой способ лечения. С точки зрения родственника отказ пациента от лечения может оказаться разочаровывающим и волнующим. Однако все это может быть временно, и ситуация может измениться в будущем.

Доверенное лицо пациента

В каждом лечебном учреждении работает доверенное лицо пациента. Он информирует пациента о его правах и при необходимости помогает составить замечание или жалобу на оказанное лечение, или заявление на получение возмещения по поводу неадекватно проведенного лечебного мероприятия.

Больничный, реабилитация или пенсия?

Кела выплачивает компенсацию по больничному листу в счет возмещения неполученной зарплаты. Когда компенсация по больничному листу выплачена за 60 будних дней, Кела будет разъяснять, может ли реабилитационная деятельность помочь вам в лечении болезни. Если вы получили компенсацию по больничному листу за 150 будних дней, Кела пришлет вам письмо, в котором говорится о разных формах реабилитационного лечения, а также о подаче заявления на пенсию или другую льготу (пособие на реабилитацию). Заявление на пенсию по нетрудоспособности можно подать, если вы получили компенсацию по больничному листу за максимальное количество, т.е. 300 будних дней. Компенсация по больничному листу является налогооблагаемым доходом.





Пособие на реабилитацию является срочной пенсией по нетрудоспособности. Если возможен возврат работоспособности с помощью лечения или реабилитации, пенсию по нетрудоспособности можно выдать на срок в виде пособия на реабилитацию. Имеется условие, согласно которому период нетрудоспособности должен составить, или полагается, что он будет составлять, не менее одного года. Пособие на реабилитацию предоставляется в размере полной пенсии по нетрудоспособности, если снижение работоспособности составляет не менее 60 %. Если снижение работоспособности составляет не менее 40 %, возможно предоставление неполного пособия на реабилитацию. Предоставление неполного пособия на реабилитацию возможно в качестве поддержки, когда заявитель возвращается на работу, и в том случае, когда выплаты полного пособия на реабилитацию заканчиваются.

Пенсии обеспечивают средства на старость, период нетрудоспособности или безработицы пожилого человека. В Финляндии действует две предписанные законом пенсионные системы, дополняющие друг друга: народная пенсия и пенсия по труду. Пенсии по труду зарабатываются собственной трудовой или предпринимательской деятельностью. Пенсии по труду выплачиваются пенсионными учреждениями, которых в Финляндии несколько.

Другие льготы Кела: компенсация по реабилитации, пособие на оплату жилья, реабилитация, пособие по уходу за пенсионером, пособие по инвалидности и компенсация за лекарства.

Льготы служб социального обеспечения: пособие на проживание, пособие по уходу за близким, алименты, защита детей, услуги дневного ухода, услуги на дому и поддержка, услуги по лечению от алкоголизма и наркомании.

Корреспондентский счет и опека

(Закон об опеке и попечительстве 442/1999)

Услуги опеки могут быть нужны, если лицо из-за своей болезни не может сам управлять своими финансами и делами, или следить за своими интересами. Однако опекун будет назначен только в том случае, если нет другой возможности обеспечить соблюдение прав и интересов больного. Опекун назначается магистратом или уездным судом (судом первой инстанции), и им может быть близкий человек или общественный опекун. Дополнительную информацию об опеке можно получить в магистратах. Получатель пособия на проживание может ходатайствовать у своего социального работника на открытие корреспондентского счета, чтобы все его счета оплачивались в срок.

Консультация по экономике и долгам

(Закон о реструктуризации долгов частных лиц 57/1993)

Консультация по экономике и долгам – бесплатная услуга, предусмотренная законом. Она оказывает помощь, в том числе, при реструктуризации долгов и составлении графика платежей.

Жилищные услуги

Жилищные услуги предназначены для лиц, которые, по разным причинам, нуждаются в поддержке и услугах в организации жилья. Потребность в поддержке определяет объем мер, необходимых для организации жилья (круглосуточная поддержка/ наемная квартира) Жилищные услуги предписаны Законом о социальном обеспечении. За их организацию отвечает

муниципалитет. По поводу жилищного вопроса вы можете обратиться к ответственной стороне или в службы социального обеспечения, чтобы получить информацию о различных альтернативах.

Пособие по уходу за близким

Пособие по уходу за близким – предписанная законом услуга социального обеспечения, за организацию которой отвечает муниципалитет. Пособие по уходу за близким можно предоставить, если, например, лицо, проходящее психологическую реабилитацию, нуждается в уходе на дому из-за пониженной функциональности, и его близкий человек готов взять на себя обязательства по обеспечению его ухода. Пособие можно предоставить на долгосрочный и краткосрочный период ухода. Кроме денежной поддержки, лицо, ухаживающее за своим родственником, может взять выходные дни, во время которых муниципалитет организует уход за его родственником. Заявление на пособие по уходу за близким можно подать в социальную службу муниципалитета.

ИСТОЧНИКИ:

Проблемы психического здоровья и направления психиатрии, 1995 г.

Фурман Б. (ред.), Форсман Н., Саарела Т., WSOY

Практическая работа над психическим здоровьем, 2010 г.

Хиетахарью П, Нууттила М. Livonia Print

Депрессия, 2011 г.

Хейсканен Т., Хуттунен М.О., Туулари J. (ред.). Duodecim

Психиатрия основного здравоохранения, 1996 г.

(ред.) Исоханни М., Лариваара П., Винблад И., Duodecim

Работы по психическому здоровью, 2010 г.

Куханен С., Оиттинен П., Канерва А., Сеури Т., Шуберт С. WSOYpro

Психиатрия, 2005 г.

Лепола У., Копонен Н., Лейнонен Э., Йоукамаа М., Исоханни М., Хакола П. WSOY

Информация и поддержка родственникам психически больного близкого человека – справочник

Родственники в поддержку работы по психическому здоровью, Уусимаа

Группа ABC для родственника - Справочник инструктору, 2010 г.

Родственники в поддержку работы по психическому здоровью, Тампере

Место для радости 2004 - справочник для родственников близкого, проходящего психологическую реабилитацию

Аминофф К., Мякипяя М., Ньюберг К. & Стенгорд Э.

Центральный союз родственников в поддержку работы по психическому здоровью

Вместе в будни, Справочник 2009 г.

Луодесмяки С., Раи К. & Хирстиё-Снеллман П.

Центральный союз родственников в поддержку работы по психическому здоровью



**Принятое лечение**

www.kaypahoito.fi

ФИНЛЕКС – Государственная база законодательных актов

www.finlex.fi/laki

Министерство социального обеспечения и здравоохранения

www.stm.fi

Управление социального обеспечения

www.kela.fi

Служба Työeläke.fi

www.työeläke.fi

Центральный союз психического здоровья

www.mtkl.fi/tietopankki

Государственная контрольно-надзорная служба социального обеспечения и здравоохранения

www.valvira.fi

Эффективное лечение пациентов с двойным диагнозом

Аалто М., 2008 г.

www.ktl.fi/portal/15840

Психическая реабилитация - Фонд реабилитации

www.kuntoutusportti.fi

Магистрат

www.maistraatti.fi

Тревожность и страхи

Мякеля Р, 2010 г.

www.paihdelinkki/tietoiskut/142-ahdistuneisuus-ja-pelkotilat

Двойной диагноз

Аалто М., 2009 г.

www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi

ССЫЛКИ**Больничный округ Хельсинки и Уусимаа**

www.mielenterveystalo.hus.fi

Центральный союз родственников в поддержку работы по психическому здоровью

www.omaisten.org

Общество психического здоровья

www.mielenterveysseura.fi

Центральный Союз психического здоровья

www.mtkl.fi

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Родственники в поддержку работы по психическому здоровью,
Уусимаа

Тел. 09 686 0260
otu@otu.fi

www.otu.fi
facebook.com/omaisetuusimaa

