

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

**Мультимодальная программа
для больных эндогенными психозами
в условиях стационара
(с бригадным обслуживанием специалистов)**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2011

АННОТАЦИЯ

Предлагаемая «мультимодальная программа» — является психотерапевтической составляющей комплексной терапии, проводимой с больными эндогенными психозами в стационаре. В основе программы — разработанная стратегия последовательной, поэтапной обработки нарушений психосоциального функционирования у больных приемами различных психотерапевтических модальностей, с одновременно проводимой психофармакотерапией позитивных психопатологических расстройств. Осуществляется бригадой специалистов, включающей врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога. Программа основана на интеграции наиболее эффективных психотерапевтических модальностей в единую, рационально согласованную общую концепцию; содержит 3 блока: психообразовательный, когнитивно-поведенческий, психодинамический; включает 40 психотерапевтических часов. Разработаны цели и задачи для каждого блока, алгоритм их смены в процессе каждого занятия.

Программа предназначена для врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, работающих в психиатрических стационарах и дневных стационарах психо-неврологических диспансеров.

Организация разработчик: Государственное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева».

Автор: старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук О.В. Гусева.

ВВЕДЕНИЕ

Теоретической основой для разработки новых терапевтических стратегий при эндогенных психозах является биопсихосоциальная модель психических заболеваний. В рамках этого подхода постулируется равнозначная ценность, как психофармакотерапии, так и психотерапевтических методов, и методов психосоциальной реабилитации.

Базовыми нарушениями при эндогенных психозах, выступающими в виде четко обозначенных мишеней для психотерапевтических методов лечения, являются повышенная чувствительность к стрессам, дефицит социальной компетенции, неразвитость коммуникативных навыков, искаженная внутренняя картина болезни, когнитивные нарушения, а также, интрапсихическая проблематика, которая поддерживается системой ригидных дезадаптивных механизмов психологической защиты.

Наличие широкого спектра патопсихологических расстройств у больных эндогенными психозами, их длительность, устойчивость и специфический характер, диктуют необходимость создания новых интегративных методов лечения, сочетающих медикаментозное лечение наиболее эффективными препаратами последних поколений с наиболее передовыми психотерапевтическими технологиями. С учетом тенденций в современной психиатрической практике к сокращению госпитального периода, необходима кардинальная модификация классических техник групповой психотерапии, с разработкой краткосрочных программ с доказанной эффективностью. Задача поиска и объединения наиболее эффективных методов из различных психотерапевтических направлений, интегрированных в последовательную, рационально согласованную общую концепцию, должна сочетаться с задачей гибкой адаптации программы к запросам конкретного больного, с его индивидуальными нарушениями.

Большинство созданных отечественных интегративных программ разработано, опираясь на нейробиологическую модель развития шизофрении, и адресовано отдельным аспектам функционирования больных эндогенными психозами, с преимущественным акцентом на тренинге нейрокогнитивного дефицита и тренинге социальных навыков. Не умаляя важности проводимой в этом направлении работы, следует отметить, что разработанные тренинговые программы когнитивных и социальных навыков, проводимые в отрыве

от жизненной ситуации больного с его интрапсихической проблематикой, могут лишь частично решить поставленные задачи.

Модель «стресс-диатеза-социальной компетенции» шизофрении, объединяющая биологические и психологические аспекты развития болезни, и современное понимание сложной, многоуровневой системы негативных проявлений при шизофрении, позволяют разработать новые интегративные психотерапевтические подходы, адекватные специфике и сложности рассматриваемой проблемы. Решение задачи оказания психотерапевтической помощи в рамках клинической психотерапии необходимо делегировать полипрофессиональной бригаде, в составе психиатров-клиницистов, психиатров-психотерапевтов и клинических психологов, т.к. каждый из этих специалистов, решает специфические задачи и выполняет качественно иной вид лечебной помощи.

Теоретические положения, изложенные выше, легли в основу мультимодальной краткосрочной программы, построенной на интеграции поведенческих, психодинамических и психообразовательных методов, с оказанием лечебной помощи полипрофессиональной бригадой.

Актуальность разработки интегративной лечебной стратегии определяется недостаточным использованием лечебного потенциала социально-психологических и психотерапевтических методов в комплексной терапии стационарных больных эндогенными психозами.

Основная цель разработанной программы — за короткий срок значительно трансформировать поведение отдельного больного, благодаря освоению необходимой информации о болезни и способах совладания; освоению конструктивных навыков коммуникации; повышению социальной компетенции и благодаря новому пониманию содержания и скрытого смысла своих индивидуальных затруднений.

Разработанная программа является быстро действующей, экономически рентабельной, не требует дополнительных кадровых ресурсов и привлечения финансовых затрат.

Основная часть

Мультимодальная программа для больных эндогенными психозами в стационаре, является оригинальным вариантом интегративной клинической групповой психотерапии. Программа включает 20 ежедневных занятий (40 психотерапевтических часов), которые

должны проводиться бригадой специалистов. Состав психотерапевтической бригады: 1 – 2 врача-психиатра, клинический психолог, врач-психиатр, имеющий сертификат психотерапевта. Каждый специалист включен в единый функциональный механизм с формированием единого терапевтического пространства, участвуя в построении индивидуальной лечебной стратегии внутри группового формата, с диагностикой нарушений в проблемной зоне, и последовательной, поэтапной их проработкой у каждого больного методами и приемами различных психотерапевтических модальностей. С другой стороны, каждый специалист бригады реализует в программе свои специфические задачи и выполняет качественно иной вид лечебной помощи.

Участие в едином сеансе бригады специалистов создает очевидные преимущества, т.к. на рациональном уровне воспринимается пациентами как более значимое и эффективное лечебное мероприятие.

На поведенческом уровне разные специалисты в едином сеансе дают образцы различных форм поведения, выступают различными моделями для подражания и обучения. На психодинамическом уровне — данный формат проведения занятия создает дополнительные условия для множественных перекрестных переносов, чувств, фантазий, а, также, активизации защит и конфликтов, что дает большой материал для проработки в психодинамическом блоке.

Центральное место в программе отводится ролевым играм, т.к. они особенно пригодны для имитации межличностного взаимодействия. В программе используются ролевые игры 2-х типов: коммуникативные и проективные. На самых первых занятиях с пациентами игровые приемы имеют исключительно коммуникативную направленность. Они являются наиболее эффективным способом преодоления страха и напряжения, способствуют уменьшению проявлений дезадаптивной психологической защиты, способствуют формированию атмосферы доверия, взаимной симпатии и доброжелательной заинтересованности. Кроме того, в рамках игры процесс обучения протекает более интенсивно, и без особых затруднений осваиваются новые поведенческие навыки. В психодинамическом блоке игровые тесты носят проективный характер, позволяя участникам группы соприкоснуться с неосознаваемыми чувствами, желаниями, установками, понять внутренние мотивы тех или иных поступков. Одновременно, и коммуникативные, и проективные игры выполняют важную

диагностическую роль, ибо в процессе игры наиболее четко выступают те или иные нарушения, дающие ведущему дополнительную диагностическую информацию.

В разработанной программе в качестве тренинговых упражнений использовались, как известные в литературе тесты и ролевые игры, так и самостоятельно разработанные, в соответствии с конкретной клинической ситуацией. Принципиально новым является то, что создан специфический набор игровых приемов и определенная последовательность их использования, что способствует накоплению значимого материала, прорабатываемого поэтапно и последовательно, в каждом последующем блоке программы. Т.о., отдельные части программы представляют собой не равноключенные (и возможно заменяемые составляющие), а скоординированы в единую систему, в которой происходит постепенное, пошаговое усвоение новых навыков, закрепление вербальных и невербальных коммуникативных умений.

Программа содержит 3 блока:

1. Психообразовательный (длительность 30 минут).
2. Когнитивно-поведенческий (длительность 30 минут)
3. Психодинамический (длительность 50 минут)

Задача первого блока — освоение пациентами необходимой информации о болезни, формирование адекватной внутренней картины болезни, формирование навыков опознания первых признаков рецидива, понимание взаимосвязи симптома и социального стрессора, обучение навыкам совладания с отдельными симптомами, формирование комплайенса.

Задача второго блока — освоение навыков конструктивного межличностного взаимодействия, обучение алгоритму успешной коммуникации чисто на поведенческом уровне (преодоление тревоги и страха, освоение и закрепление социальных навыков), повышение социальной компетенции.

Задача третьего блока — осознание истоков неадаптивного поведения, своих чувств, желаний, скрытых мотивов, определяющих те или иные искажения взаимоотношений с окружающими; улучшение способности тестирования реальности.

В когнитивно-поведенческом и психодинамическом блоках четко структурированы четыре этапа: диагностический, этап предъявления пациенту нарушений в проблемной зоне, этап формулирования объяснительной концепции пациенту и этап психотерапевтических вмешательств.

В каждом из 20 занятий происходит последовательная смена блоков: психообразовательный, затем когнитивно-поведенческий, затем психодинамический со сменой членов психотерапевтической бригады в течение занятия. Между блоками предусмотрены короткие перерывы на 5 ÷ 7 минут (этот вопрос оговаривается в групповом соглашении). Рекомендуемый для данного формата оптимальный состав группы 8 ÷ 10 человек, при нозологически гетерогенной группе. Рекомендуется четное количество участников группы, что связано с необходимостью деления участников на двойки и четверки для участия в ролевых играх. Необходимо формирование закрытых, смешанных по полу групп.

Обязательным является проведение индивидуального отборочного собеседования с каждым больным. Цель отборочной сессии — формирование мотивации к психотерапии; проработка, как предвзятого отношения, так и нереалистических ожиданий от группы, уменьшение тревоги.

Каждый кандидат после предварительного собеседования выражает свое согласие на участие в группе, либо дает обоснованный отказ. Перед началом работы группы проводится общее групповое собрание, где предоставляется полная информация по поводу цели и задач, формата группы, с четким обозначением даты начала и даты окончания функционирования группы. Дается подробное описание составляющих психотерапевтическую программу блоков.

После группового собрания группа считается сформированной и закрытой для новых участников. Итогом группового собрания является выработка группового соглашения, которое представляет свод условий и правил, регулирующих поведение участников, а также формулирует общие терапевтические цели. Основу данного документа готовит психотерапевтическая бригада, но в процессе обсуждения, каждая новая группа вносит свои дополнительные условия и правила. Принятие группового соглашения является важным первичным элементом, закладывающим основы формирования терапевтической атмосферы. Иногда групповое соглашение корректируется в процессе занятий, вносятся дополнительные правила в связи с возникшей конкретной ситуацией.

Группа работает в течение 4 недель, с ежедневными занятиями, длительностью 2 часа. Психотерапевтическая бригада обсуждает текущие проблемы, связанные с работой группы, ежедневно, по 10 – 15 минут, после окончания группы. Дважды в неделю проводят-

ся мини-совещания: в начале недели — планирование и уточнение тем, обсуждение групповых реакций и поведения отдельных участников; в конце недели — подведения итогов за неделю, разработка домашних заданий для каждого отдельного пациента, согласование и обсуждение. Длительность обсуждения, как правило, не превышает 25÷35 минут. Предлагаемая модель требует четкой, скоординированной системы взаимодействия членов психотерапевтической бригады, их психологической совместимости и общности теоретических позиций.

Психообразовательный блок. Занимает в ежедневном занятии 30 минут, включает психообразование в форме предоставления информации о болезни и лечении по определенной последовательной программе. Занятия проводятся исключительно в дидактической форме.

Основная задача данного блока — это собственно «образование» пациентов в доступной форме относительно природы, течения, прогноза и лечения психических расстройств.

Образовательная программа проводится одним или двумя врачами-психиатрами, имеющими достаточный клинический опыт. При этом собственно информация дается в сжатой форме, предельно ясным и четким языком.

Информационная (лекционная) часть занимает 10 — 15 минут, остальное время

отводится на ответы ведущих (2 врача-психиатра) по поводу конкретных вопросов пациентов, обсуждение данной темы. Лекционная часть в обязательном порядке сопровождается привлечением учебных материалов в форме таблиц, диаграмм, рисунков, которые выполняются ведущими.

Важно организовать процесс обучения, используя несколько каналов восприятия информации: вербальный и зрительный, полезно их задействование одновременно.

Обязательна тщательная подготовка ведущих к каждому занятию, с заранее подготовленным подробным планом, продумыванием клинических примеров. Перечень изучаемых вопросов:

1. Причины психических заболеваний, типы течения, прогноз.
2. Симптомы психических заболеваний.
3. Лечение психических заболеваний.
4. Возможные побочные эффекты лечения.
5. Первые признаки психического заболевания и профилактика рецидивов.

6. Способы распознавания симптомов болезни и способы совладания с ними.
7. Наиболее важные положения Закона об оказании психиатрической помощи населению. Понятие *врачебная тайна*.
8. Вопросы психологической адаптации к болезни.

Пациенты включаются в группу на этапе стабилизации терапевтической ремиссии. Наличие минимальной или умеренной остаточной психопатологической симптоматики является фактором, усиливающим мотивацию к участию в психообразовательной программе. И наоборот, полная ремиссия, с отсутствием психопатологических расстройств, чаще снижает у пациентов мотивацию к участию в программе.

В процессе занятий психообразовательного блока, после информационной части по определенной теме, проводится обсуждение с привлечением примеров, конкретных клинических ситуаций. Итогом этой работы является формирование адекватной внутренней картины болезни, понимание значения своей роли в совладании с болезнью. Особое внимание ведущие должны уделять формированию навыков опознания первых признаков рецидива заболевания, формированию комплайенса. Как правило, в рамках данного блока должна быть выявлена взаимосвязь социального стрессора и возникновения рецидива. В дальнейшем, в рамках психодинамического блока, проводится детальное исследование этой взаимосвязи, с диагностикой индивидуального стрессора у каждого пациента, анализом причин и формированием наиболее конструктивных способов совладающего поведения. Структура каждого занятия должна быть постоянной, воспроизводимой при любой тематике. Но длительность обсуждения какой-либо темы, количество занятий по отдельным темам, могут и должны гибко видоизменяться, с учетом состава группы, и конкретной клинической ситуации.

Больным предоставляется право выбора в способах закрепления информации: некоторые пациенты делают записи или короткие пометки в тетради по ходу лекции с дальнейшим обсуждением, большинство больных ограничивается прослушиванием и просмотром учебного материала. Все пациенты отмечают в процессе занятий психообразовательного блока — уменьшение тревоги в связи с фактом заболевания, возможность более четко и реалистично планировать свое будущее, понимание своей активной роли в борьбе с болезнью.

В конце каждого занятия ведущие проводят короткий опрос по ключевым вопросам прочитанной темы. При завершении всего цикла занятий пациенты заполняют опросник, отражающий динамику информированности пациента о психическом заболевании, уровень комплайентности.

Когнитивно-поведенческий блок. Занимает в ежедневном занятии 30 минут. Проводится лицом, имеющим сертификат психотерапевта или клиническим психологом, имеющим опыт проведения тренинговых программ.

Структура данного блока включает два основных элемента: коммуникативный тренинг и тренинг социальной компетенции.

Коммуникативный тренинг. Данный блок включается в программу на самых первых этапах работы группы, занимает 7-8 занятий, длительность по 30 минут, ежедневно. Основные цели:

1. формирование атмосферы доверия и защищенности, взаимного интереса.
2. диагностика нарушений коммуникативных навыков.
3. проработка коммуникативных навыков.

Для реализации указанных целей широко используются ролевые игры.

Поведение ведущего группу психотерапевта отличается четкой структурой: инструкции должны быть краткими и понятными. Ситуации для ролевых игр выстраиваются таким образом, чтобы роль и цель каждого участника были четко усвоены. Широко используются упражнения в форме игры, которые в идеале затрагивают актуальные аспекты жизни участвующих, либо обращены к так называемым базовым нарушениям коммуникативного поведения у больных эндогенными психозами, и носят универсальный характер (например, ролевая неуверенность, отсутствие навыков прояснения ситуаций взаимодействия, избегающее поведение при отсутствии навыков выражения отчаяния или злости и др.). При этом можно обратиться к деструктивным высказываниям или элементам поведения в ходе занятия, а также опираться на информацию о многочисленных ситуациях повседневного общения участников в отделении. Инициировать подобные поведенческие упражнения весьма непросто, т.к. особенностью поведения данного контингента является закрытость, тревога, страх негативной оценки другими членами группы. Поэтому в начале каждого занятия по 7 ÷ 10 минут проводятся общие игровые тесты, которые имеют целью создание атмосферы доверия и безо-

пасности (например, игровой тест, проводимый в парах «Комплимент», «Я уверен, что ты...», «Все боятся, а я не боюсь», «Три слова», игровой тест с запретом на название определенных чисел натурального ряда и заменой их каким-либо действием). В качестве «разминки» эффективны общегрупповые упражнения, направленные на тренировку внимания и памяти; координацию когнитивных, эмоциональных и двигательных реакций.

Особо следует подчеркнуть, что больные данной нозологической группы в большей степени готовы к работе в парах или малых группах (тройки, четверки), и не могут сразу включиться в общегрупповой формат. В ходе занятий происходит постепенное усложнение заданий: от ролевых тестов в паре (тренировка «совместного действия», тренировка «эмпатического взаимодействия» и т. д.) — до общегрупповых, например, разыгрывание группой определенной ситуации с неоднозначными чувствами. Наиболее важные задачи коммуникативного тренинга, следующие:

1. Обучение и отработка навыков выражения позитивных чувств.
2. Обучение навыкам конструктивного сообщения желаний.
3. Обучение и отработка навыков выражения отрицательных чувств.
4. Обучение навыкам активного слушания.

Реализация каждой задачи происходит согласно ниже перечисленной последовательности. Необходимо обучить каждого участника алгоритму успешной коммуникации, который включает три последовательных элемента:

1. Визуальный контакт с партнером по общению.
2. Точно описать ему то, что мне понравилось (или то, что мне не понравилось; или то, о чем я его прошу).
3. Сообщить, что я при этом чувствовал (а), описывая только свои чувства.

Больной вначале описывает затруднительную ситуацию коммуникации из недавних или актуальных взаимоотношений, затем ему предлагается проиграть ситуацию, используя знания и навыки успешной коммуникации, с получением обратной связи от ведущего и группы.

Во время ролевых игр вмешательства психотерапевта включают:

- прямые указания;
- подкрепление;
- моделирование;
- контроль за исполнением.

Подкрепление правильному, желательному поведению психотерапевт должен оказывать в виде одобрения вербально и невербально (похвала, улыбка, внимание, кивок головой, поощрение взглядом). Важным терапевтическим средством является моделирование, когда психотерапевт сам демонстрирует желаемые аспекты поведения. В качестве модели адекватной коммуникации, ведущий при каждой возможности должен обращаться к коммуникативным навыкам, которым он обучает пациентов. Важно обращать внимание всей группы на позитивные изменения поведения каждого отдельного участника. Ведущий должен постоянно держать в поле зрения достижения новых результатов каждого конкретного участника, причем положительное подкрепление должно повторяться неоднократно на последующих занятиях. С целью закрепления выученных на занятиях навыков и перенесения их в реальную жизненную ситуацию, даются домашние задания. На этом этапе групповой работы все внимание сосредоточено исключительно на процессе взаимодействия, с явным игнорированием содержания коммуникативной ситуации. На этапе коммуникативного тренинга начинается структурирование затруднительного опыта с занесением специфических ситуаций в специально разработанную нами карту участника группы (см. приложение 2). Каждый пациент получает свое, конкретное задание, связанное с его специфическими затруднениями. Каждое последующее занятие начинается с опроса по поводу результатов выполнения и обмена опытом между участниками группы.

Тренинг социальной компетенции. Современное понимание социальной компетенции объединяет способность осуществлять свои личные потребности и реализовывать личные цели во взаимодействии с окружающими, одновременно сохраняя с ними хорошие устойчивые отношения. Социальная компетентность — это не постоянное свойство личности, это несколько различных способностей. Наиболее важные из них: умение отстаивать свои права, умения выражать чувства и желания, умения устанавливать и развивать контакты. В рамках заболеваний указанного нозологического спектра нарушены, как правило, все важнейшие навыки. Однако некомпетентное поведение в каждой из основных областей может быть обусловлено различными факторами: эмоциональными, когнитивными, поведенческими или их сочетанием. В некоторых социальных ситуациях негативное влияние на поведение оказывает страх, формирует избегающее поведение. В других социальных ситуациях поведение избегания связано с отсут-

ствием необходимых социальных навыков. В третьем случае некомпетентное социальное поведение является результатом нарушения когнитивных процессов: проявлением нейрокогнитивного дефицита или когнитивных искажений (изъяны восприятия и интерпретации социальных ситуаций). Важной задачей этой части программы является установление индивидуального профиля нарушений социальных способностей для каждого участника группы, и, в дальнейшем, разработка тренинговых упражнений и игровых тестов для развития конкретных типов социальной компетенции. Для отработки индивидуальных специфических затруднений в социальном взаимодействии, каждый пациент получает свое домашнее задание. При этом большой акцент в работе делается на обучении различать компетентное поведение от неуверенного и агрессивного поведения.

Алгоритм проведения тренинга следующий:

1. диагностика (выявление трудных социальных ситуаций, поведение в таких ситуациях, тенденции избегания.)
 2. Определение ведущего типа нарушения социальной компетенции:
 - a. Нарушение использования и проведения в жизнь собственных прав и обоснованных интересов, предъявления требований, отклонения необоснованных требований со стороны окружающих.
 - b. Нарушения в области выражения чувств, потребностей и желаний, трудности в отношении к критике, трудности в поисках компромисса.
 - c. Нарушения в области установления и развития контактов (способность привлекать к себе, заинтересовывать незнакомых людей, становиться центром внимания и позволять себе ошибки, желание вызвать симпатию).
 3. Выявление ведущих причин нарушения того или иного типа социальной компетенции:
 - α. Аффективные причины.
 - β. Дефицит необходимых социальных навыков.
 - χ. Нарушения когнитивных процессов или содержания.
 4. Создание объяснительной концепции для конкретного пациента.
 5. Проведение терапевтических вмешательств.
- Результатом проведения последовательных шагов, согласно данному алгоритму, является создание индивидуальной карты уча-

стника лечебной мультимодальной интегративной программы (см. приложение 2). Разработанная нами индивидуальная карта участника программы ММЛП представляет собой полуструктурированное интервью, в котором каждый участвующий описывает в свободной форме свое восприятие происходящего в группе (чувства, оценки, пожелания, индивидуальные затруднения в реальной жизненной и групповой ситуации, а также собственные выводы и др.). Карта содержит страницу ведущего группы, где на основании интервью формулируется в закодированной форме конкретный перечень нарушений в строго определенных областях, и план дифференцированных психокоррекционных мероприятий. На этой странице ведущий записывает домашние задания для каждого отдельного пациента, фиксирует задания и упражнения, выполняемые на занятиях в группе. Карта заполняется в конце каждой недели, т. е. всего 4 раза. Данная карта сопровождает участника группы на протяжении всего месяца участия в программе, согласно этой карте проводится контроль за выполнением домашних заданий. На последних, итоговых занятиях, каждый участник дает субъективный отчет о динамике в проблемных зонах, получая обратную связь от ведущего и членов группы. С учетом краткосрочности проводимого психотерапевтического лечения, рекомендуется выбирать в качестве фокуса усилий — нарушение в одной, или двух наиболее значимых в настоящее время проблемных зонах.

Психодинамический блок. Включает модифицированные психодинамические техники и приемы, адаптированные к решению специфических индивидуально-психологических проблем у больных эндогенными психозами. Блок занимает в ежедневном занятии 50 минут, проводится лицом, имеющим сертификат психотерапевта. Работа психотерапевта с самого начала протекает в трех плоскостях: создание и поддержание терапевтической среды, и соблюдение границ («структура»), разъяснение смысла скрытых групповых процессов, происходящих в группе («процесс»), а также интерпретация фокальных конфликтных тем отдельных пациентов («содержание»). При этом на каждом занятии поочередно один больной оказывается в фокусе внимания. Модификация психотерапевтического процесса состоит в активном введении в структуру занятий проективных ролевых игр, которые заменяют так называемые «свободные ассоциации», позволяют получить психодинамически значимый материал, на основе игрового вербального и невербального взаимодействия.

Основной модус взаимодействия в группе — это самораскрытие и получение обратной связи от других участников, взаимооценка, разъяснения и интерпретации ведущего. Участники группы спонтанно рассказывают о ситуациях, которые их в настоящее время волнуют, тревожат; выражают свои чувства (страх, ощущение вины, недоверие или обида, раздражение). Эмоциональный фокус охватывает постоянно меняющиеся текущие отношения участников: с членами группы, ведущим группу психотерапевтом, другими пациентами отделения, врачами, средним и младшим медицинским персоналом.

Постепенное движение от простого к сложному, логическая взаимосвязь происходящего в различных блоках проявляется в том, что, например, усвоенный пациентом алгоритм успешной коммуникации в процессе работы в поведенческом блоке, подвергается более глубокому осмыслению в процессе работы в психодинамическом блоке. При этом осознание своих подавляемых чувств, мотивов, нереализованных потребностей, способствует, более тонко нюансированному восприятию контекста коммуникативной ситуации с возможностью опознания чувств и потребностей другого человека, что создает предпосылки для формирования более гармоничных взаимоотношений с окружающими (возможность выстраивать более доверительные и глубокие, длительные отношения со значимыми другими, освоение позиции компромисса, установление отношений сотрудничества).

Позиция психотерапевта при работе с больными эндогенными психозами отличается значительной директивностью на начальном этапе работы группы (утверждение группового соглашения, соблюдение границ, формирование целей) и меньшей директивностью на последующих этапах (создание и поддержание атмосферы безопасности и доверия, осуществление разъяснений и интерпретаций). При работе с больными эндогенными психозами, ведущий группу психотерапевт не может быть молчаливым и отстраненным наблюдателем, дающим редкие интерпретации, как это предписывается в классическом варианте психодинамической психотерапии. Его поведение отличается большей вербальной активностью, формулированием так называемых «руководящих вопросов», способных выявить психодинамически значимый материал.

Первая стадия. На первой стадии (регрессия, зависимость, пассивность) групповые процессы определяются следующей дилеммой по отношению к психотерапевту: зависимость, идеализация, ожида-

ние помощи с фантазиями о всемогуществе и, одновременно, попытки разорвать зависимость, отрицать болезнь, что блокируется страхом наказания или страхом причинения вреда значимому другому.

Дилемма по отношению к группе проявляется потребностью в установлении эмоционального контакта с другими членами группы, и принадлежности к группе с одной стороны, а с другой стороны, желанием сохранить самостоятельность, что блокируется страхом изоляции, одиночества («либо я теряю свою независимость, индивидуальность, либо я тотально одинок»).

На этом этапе действия психотерапевта должны быть направлены на снижение общей групповой тревоги, создание атмосферы большей безопасности и постепенного формирования большего доверия. Вмешательства ведущего группы состоят в прояснении чувств (тревоги, растерянности, завуалированной агрессии) и интерпретации защитных стереотипов поведения. На этом этапе большинство участников проявляет следующие защитные поведенческие реакции: отчуждение, отказ от самораскрытия и коммуникации, деструктивные протестные реакции, отрицание проблем, уход из группы. Первый этап является наиболее трудным в работе с больными эндогенными психозами, именно в этот период наиболее часты уходы из группы в связи с тревогой, фрустрацией инфантильных потребностей (большинство больных шизофренией на начальном этапе работы группы воспринимают психотерапевта только как «идеальную симбиотическую мать», которой они вручают все заботы о себе, ожидая принятия, опеки и руководства; готовы, не рассуждая, полностью солидаризоваться с чувствами и установками психотерапевта, и не способны к установлению реальных, зрелых отношений). Важно избегать чрезмерной фрустрации пациентов, предъявляя завышенные требования к их способности к самопониманию и самораскрытию на группе или задавая чрезмерно быстрый темп группового взаимодействия. Психотерапевт должен ощущать нарастание тревоги или напряжения в группе, своевременно вводя различные игровые приемы, в том числе, и релаксационные. С другой стороны, важно соблюдать баланс между игровыми приемами и вербальной дискуссией относительно групповой динамики и анализом проблемного материала отдельных участников, прояснением чувств. Следует обратить особое внимание на групповой защитный эмоционально-поведенческий феномен: группа начинает требовать «как можно больше игр», т.к. они способствуют воссозданию атмосферы детской беззаботности и,

в большинстве своем, обеспечивают нарциссическую подпитку. В конечном итоге, завершение этого этапа приводит к созданию атмосферы большей безопасности и большего доверия, с одной стороны, но с другой стороны, к формированию общегруппового защитного феномена псевдосолидарности с целью сохранения этой хрупкой видимости доверия и безопасности.

Вторая стадия. В отличие от более стандартной схемы психодинамической групповой терапии, при работе с больными эндогенными психозами в рамках психодинамического блока ММЛП, вторая стадия представлена процессами псевдосолидарности, псевдосплоченности, с уменьшением зависимости от врача. На этой стадии больные объединяются и демонстрируют общегрупповый защитный феномен псевдосолидарности. Это проявляется в декларировании ощущения «дружной единой семьи с общностью проблем друг друга», подчеркиванием важности сохранения теплой, доброжелательной атмосферы с комплиментами в адрес друг друга, создании общегруппового мифа о своей уникальности, чувствительности, непохожести на всех остальных и желании сохранить свой особый мир. Участники оказывают сопротивление для обсуждения взаимодействия в группе на более глубоком уровне с анализом неконструктивных высказываний, установок, эмоциональных реакций. Психотерапевт на этой стадии конфронтирует участников с амбивалентными желаниями и установками, разъясняет дезадаптивный характер подобного стереотипа поведения, интерпретирует скрытое содержание эмоциональных и поведенческих реакций, создает условия для уменьшения тревоги. Этому способствуют проективные ролевые игры или проективные групповые тесты, которые больные, как правило, выполняют более легко и охотно. Обсуждение результатов этих проективных игр, дает значимый материал для последующего анализа. На каждом занятии используется «ключевая проективная игра», для всех 20 занятий разработана последовательная смена «ключевых тем».

Опираясь на ключевую игровую тему, последовательно вскрываются и прорабатываются вопросы контроля (лидерства, власти) — подчинения; зависимости — автономии; рассогласования негативного образа «Я» и завышенных ожиданий успешности, адресованных нереалистически завышенному идеальному «Я»; дезадаптивные механизмы психологической защиты в виде неосознаваемого отрицания болезни, в виде расщепления в восприятии окружающих.

Завершение второй стадии характеризуется распадом общегруппового защитного феномена псевдосолидарности.

Третья стадия. На следующей стадии (стадия конфронтации и конфликтов) постепенно формируются четыре основные подгруппы по занимаемой позиции в группе в целом, и отношению к происходящим в ней процессам: конструктивная, деструктивная, дефицитарная и невротическая позиции. Пациенты с конструктивной позицией мотивированы на работу над своими проблемами, им интересны проблемы других участников, они способны преодолевать тревогу при самораскрытии на группе. Дефицитарная позиция характеризуется пассивным, отстраненным поведением участников. Деструктивная позиция проявляется в оппозиционно-агрессивном поведении в группе с обвинениями в адрес ведущего и всей группы в целом, открыто выражаемого недоверия окружающим. Невротическая позиция характеризуется сочетанием активного желания работать над своими проблемами с повышенной тревожностью, сомнениями в возможности быть понятыми и принятыми.

На этой стадии выявляются, или обостряются конфликты между указанными подгруппами с обвинениями в неконструктивном поведении друг друга, конфликты между отдельными участниками группы, а также отдельные претензии к ведущему, выражаемые в форме явной или завуалированной вербальной агрессии со стороны некоторых участников группы. На начальном этапе этой стадии характерны общегрупповые паттерны поведения, проявляющиеся в следующих основных вариантах:

1. Выражение завуалированной агрессии (смещение агрессии на другой объект или общественные институты). Характерно восприятие личной ситуации с позиции «втянутого во взаимоотношения», которые либо эксплуатируют, либо угрожают, либо отвергают.
2. Явное выражение вербальной агрессии (гнев, раздражение, обидные реплики, «поиск козла отпущения»). При этом характерно быстрое эмоциональное заражение всей группы агрессивными эмоциями и феномен объединения против одного члена группы или против ведущего.
3. Демонстрация масочного ролевого поведения, «ложного фасада», (когда, например, вся группа на рациональном уровне делегирует полномочия лидера какому-то одному члену группы, отмечая его положительные стороны, а при анонимном тесте

он оказывается аутсайдером, при этом в качестве лидера называются либо случайные, либо самые слабые фигуры).

4. Избегание, уклонение при столкновении с конфликтной ситуацией в группе («вся группа хранит молчание», «попытки соскальзывания на другие темы», попытки игнорировать разъяснения и интерпретации ведущего, что является следствием неосознаваемой «идентификации с агрессором»)

Проработка этих групповых феноменов, прежде всего неосознаваемой агрессии или неосознаваемого страха перед ее выражением, состоящая в прояснении чувств, интерпретации ведущего способа психологической защиты, и разъяснении сложившегося доминирующего стиля взаимоотношений с окружающими в целом, способствует переходу на следующую стадию.

Четвертая стадия. Эта стадия достаточной зрелости группы и большей групповой сплоченности, характеризуется заметной независимостью от ведущего группу, рабочей атмосферой, конструктивной работой над своими проблемами каждого участника. Важно отметить, что в процессе взаимодействия в группе и его анализа со стороны психотерапевта (разъяснение, интерпретация) постоянно извлекается и актуализируется материал, полученный в рамках предыдущего, коммуникативного блока. Свидетельством перехода группы на стадию групповой сплоченности является готовность группы в целом решать и обсуждать сложные вопросы интерперсональных отношений без избегания, тревоги, с максимально возможной открытостью и конструктивностью. Самым важным достижением этой стадии является возросшая способность аффективной регуляции, что проявляется в способности членов группы в конфликтной ситуации отстаивать свою позицию, или выражать критику альтернативной позиции в приемлемой социальной форме. Участники обретают способность обсуждать возникающие проблемы с большей деликатностью, эмпатией, большим пониманием мира другого человека, его чувств.

Психотерапевт должен следить за тем, чтобы каждый участник группы поочередно оказывался в фокусе внимания группы со своими специфическими затруднениями. Иногда требуется мягкое стимулирование наиболее замкнутых и тревожных пациентов. При этом групповая дискуссия не должна носить характер биографического исследования. В фокусе всегда должна находиться определенная конфликтная динамическая тема, которая проходит в виде «красной

линии» через все блоки лечебной программы, но решается постепенно, последовательно и теми средствами, которыми располагает конкретная психотерапевтическая модальность. В рамках психодинамического блока в структуре ММП, решаются следующие задачи:

1. осознание и проработка дезадаптивных стереотипов поведения.
2. понимание определенных механизмов психологической защиты с изменением поведения.
3. лучшее опознание своих чувств с возможностью формирования более устойчивой аффективной регуляции.
4. понимание своих скрытых потребностей и установок с возможностью их коррекции;
5. формирование более реалистичного образа «Я».
6. более реалистическое восприятие окружающих.

Все отмеченные позитивные изменения психодинамических переменных способствуют повышению потенциала адаптивности больных эндогенными психозами.

После завершения работы группы, все участники еще раз заполняют разработанное нами полуструктурированное интервью, содержащее 12 вопросов (см. приложение 2). Содержательный анализ этого материала позволяет получить представление о субъективной оценке и субъективной стороне переживания опыта, полученного в процессе работы.

Внедрение в психиатрическую практику мультимодальной программы способно обеспечить качественно иной уровень понимания и отношения к болезни и лечению, существенное повышение социальной компетенции больных эндогенными психозами, способно замедлить формирование негативных расстройств. Решение этой задачи позволяет во многом улучшить показатели общей эффективности лечения, комплаентности, и обеспечить более высокий уровень адаптации и качества жизни больных.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица № 1

Динамика социально-психологических и психодинамических показателей в процессе программы ММП

Методика	Основная группа	Р	Контрольная группа	Р
Гиссенский тест (динамика представления о себе)	- увеличение рейтинга шкалы социального одобрения - снижение рейтинга шкалы аутоагрессии - снижение рейтинга шкалы замкнутости	P<0,000 P<0,012 P<0,003		
Гиссенский тест (динамика представления о враче)	увеличение рейтинга шкалы доминантности	P<0,005		
Тест "SVF" (копинг-стратегии)	снижение рейтинга копинг-стратегий: - тенденция избегания - тенденция бегства - социальная инкапсуляция - отчаяние - самообвинение - агрессия - сострадание к себе увеличение рейтинга	P<0,002 P<0,039 P<0,001 P<0,015 P<0,001 P<0,016 P<0,035 P<0,043 P<0,036 P<0,01	снижение рейтинга копинг-стратегий: - подбадривание себя - тенденция бегства - поиск альтернативного самоутверждения - попытки контролировать ситуацию - обращение к	0,08>P>0,05 P<0,039 P<0,009 0,07>P>0,05 P<0,002

	копинг-стратегий: - потребность в социальной поддержке - отвлечение от ситуации - заместительное удовлетворение - снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими	$P < 0,01$	лекарствам	
Тест "SBAK" (механизмы психологической защиты)	снижение рейтинга шкалы "обращение агрессии против объекта"	$0,1 > P > 0,05$	снижение рейтинга шкалы "обращение агрессии против объекта"	$P < 0,019$
Тест "FKBS" (механизмы психологической защиты)	снижение рейтинга шкалы "изоляция эмоций, рационализация"	$P < 0,038$		
Тест (интерперсонального взаимодействия)	увеличение рейтинга шкалы "доминирование в контактах"	$0,07 > P > 0,05$	увеличение рейтинга шкалы "недоверие в контактах" снижение рейтинга шкалы экспрессивности в контактах	$0,06 > P > 0,05$ $P < 0,008$

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Карта участника программы ММП

Ф.И.О.: _____

Оглядываясь на пройденный путь в группе, в течение этой недели, я...

1	Во время занятий я понял(а), что... _____ _____ _____
2	Самым полезным для меня было... _____ _____ _____
3	Я был(а) бы более откровенным(ой), если... _____ _____ _____
4	Своими основными ошибками на занятиях я считаю... _____ _____ _____
5	Мне не удавалось раньше....(или хуже всего у меня получалось раньше)....- по возможности подробнее описать ситуацию _____ _____ _____
6	У меня не получается на занятиях в группе (описать затруднительные ситуации)

	<hr/> <hr/> <hr/>
7	<p>Наибольшее напряжение и тревогу я испытываю, когда на занятиях.....</p> <hr/> <hr/> <p>Я не всегда точно понимаю смысл заданий и упражнений (да, нет).</p> <p>Я не всегда согласен с разъяснениями ведущего, у меня иная точка зрения... – (да, нет).</p> <p>Я не знаю, что нужно сказать или как надо поступить в следующей затруднительной для меня ситуации</p> <hr/> <hr/>
8	<p>Наибольшее успокоение, утешение я получаю, когда</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
9	<p>До посещения группы мои знания о природе и проявлениях психических заболеваний я оцениваю:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
10	<p>После прохождения данной психотерапевтической программы, я оцениваю эти знания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
11	<p>Мои представления о психических заболеваниях после данной психотерапевтической программы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не изменились совсем 2. изменились незначительно

	<p>3. заметно изменились</p> <p>4. мои взгляды претерпели серьезные и глубокие изменения</p>
12	<p>Отношение к приему лекарств после участия в данной психотерапевтической программе:</p> <p>1. не изменилось совсем</p> <p>2. изменилось незначительно</p> <p>3. заметно изменилось</p> <p>4. мои взгляды претерпели серьезные и глубокие изменения</p>

Страница ведущего психотерапевта программы ММП

Ф.И.О. участника программы ММП _____

1	<p>К пункту 5, 7 карты участника программы ММП</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">П:</td> <td style="padding: 2px;">АК</td> <td style="padding: 2px;">СН</td> <td style="padding: 2px;">КК</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ч:</td> <td style="padding: 2px;">АК</td> <td style="padding: 2px;">СН</td> <td style="padding: 2px;">КК</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">К:</td> <td style="padding: 2px;">АК</td> <td style="padding: 2px;">СН</td> <td style="padding: 2px;">КК</td> </tr> </table>	П:	АК	СН	КК	Ч:	АК	СН	КК	К:	АК	СН	КК
П:	АК	СН	КК										
Ч:	АК	СН	КК										
К:	АК	СН	КК										
2	<p>Домашние задания _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												
3	<p>Упражнения на занятиях</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												
4	<p>К пункту 6, 7 карты участника программы ММП</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">П:</td> <td style="padding: 2px;">АК</td> <td style="padding: 2px;">СН</td> <td style="padding: 2px;">КК</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ч:</td> <td style="padding: 2px;">АК</td> <td style="padding: 2px;">СН</td> <td style="padding: 2px;">КК</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">К:</td> <td style="padding: 2px;">АК</td> <td style="padding: 2px;">СН</td> <td style="padding: 2px;">КК</td> </tr> </table>	П:	АК	СН	КК	Ч:	АК	СН	КК	К:	АК	СН	КК
П:	АК	СН	КК										
Ч:	АК	СН	КК										
К:	АК	СН	КК										
5	<p>Домашние задания</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												
6	<p>Упражнения на занятиях _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												

Примечания:

«П» — отстаивание, проведение в жизнь своих прав;

«Ч» — выражение чувств;

«К» — установление контактов;

«АК» — аффективный компонент;

«КК» — когнитивный компонент;

«СН» — социальные навыки.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ММП — мультимодальная программа;

«П» — отстаивание, проведение в жизнь своих прав;

«Ч» — выражение чувств;

«К» — установление контактов;

«АК» — аффективный компонент;

«КК» — когнитивный компонент;

«СН» — социальные навыки;

SVF — тест исследования копинг-стратегий (Coping mechanisms inventory, German version, SVF);

FKBS — тест исследования механизмов психологической защиты (defense mechanisms test, German version, FKBS);

SBAK — тест самооценивания способов психологической защиты (self-assesment of defense concepts, German version, SBAK).