

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
Департамента здравоохранения
города Москвы по психиатрии

 Г.П. Костюк

25 декабря 2019 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 17



30 декабря г. 2019

**Психосоциальная реабилитационная программа
«Психообразование пациентов с первым психотическим
эпизодом в условиях стационара»**

Методические рекомендации № 94

Москва, 2019

ISSN
УДК
ББК

Организация-разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

Авторы:

Карпенко О.А. – заместитель заведующего Учебным центром, врач-психиатр, ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»

Чернов Н.В. - заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации, медицинский психолог ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»

Евстигнеева Е.А. - медицинский психолог Психиатрический стационар им. В.А. Гиляровского – филиал ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗМ»

Созинова М.В. - медицинский психолог патопсихологической лаборатории клиники первого психотического эпизода ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»

Дмитриева Н.Г. - медицинский психолог ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»

Кутукова Е.А. - медицинский психолог патопсихологической лаборатории клиники первого психотического эпизода ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»

Костюк Г.П. – д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ», главный внештатный специалист ДЗМ по психиатрии

под общей редакцией **Г.П. Костюка**

Рецензенты:

Кулыгина Майя Александровна – к.п.н., старший научный сотрудник, Учебный центр ГБУЗ «ПКБ №1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ» (внутренний рецензент)

Семенова Наталия Дмитриевна – к.п.н., ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (внешний рецензент)

Предназначение: В методических рекомендациях содержится подробное описание методики проведения программы психообразования у пациентов с эндогенными психотическими расстройствами на начальных этапах заболевания в рамках стационарного лечения. Методика представлена описанием структуры каждого занятия, его целей и задач, а также примерами речевых модулей ведущих групп, вопросов группе, которые на определенных этапах занятия способствуют раскрытию темы и поддержанию интерактивности занятий. Дополнительно в рекомендации включена методика проведения двух занятий, которые подключаются к программе психообразования на этапе лечения пациентов в дневном стационаре.

Рекомендации предназначены для применения специалистами в области психического здоровья – врачами-психиатрами, психотерапевтами и клиническими психологами при проведении групповых занятий по психообразованию пациентам с эндогенными психотическими расстройствами.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2019

© ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»

© Коллектив авторов, 2019

УДК

ББК

Организация-разработчик: ГБУЗ «ПКБ №1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ»

Авторы:

Карпенко О.А., Чернов Н.В., Евстигнеева Е.А., Созинова М.В., Дмитриева Н.Г.,
Кутукова Е.А.

под общей редакцией Г.П. Костюка

Рецензенты:

Кулыгина М.А. к.п.н., старший научный сотрудник, Учебный центр ГБУЗ «ПКБ №1
имени Н.А. Алексеева ДЗМ» (внутренний рецензент)

Семенова Н.Д. к.п.н., ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии –
филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (внешний
рецензент)

Предназначение:

В данных методических рекомендациях содержится описание методики проведения программы психообразования у пациентов с эндогенными психическими расстройствами на начальных этапах заболевания в рамках стационарного лечения. Дополнительно в рекомендации включена методика проведения двух занятий, которые подключаются к программе психообразования на этапе лечения пациентов в дневном стационаре.

Рекомендации предназначены для применения специалистами в области психического здоровья – врачами-психиатрами, психотерапевтами и клиническими психологами при проведении групповых занятий по психообразованию пациентов с эндогенными психотическими расстройствами.

ISBN

© Коллектив авторов, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение

Часть 1 Общие принципы проведения программы психообразования

Часть 2. Методика проведения групповых занятий по психообразованию

Глава 1. Тема: «Причины и механизмы развития психического заболевания»

Пример проведения занятия по теме: «Причины и механизмы развития психического заболевания»

Глава 2. Тема: «Распознавание ранних признаков обострения болезни»

Пример проведения занятия по теме: «Распознавание ранних признаков обострения болезни»

Глава 3. Тема: «Лекарственная терапия»

Пример проведения занятия по теме: «Лекарственная терапия»

Глава 4. Тема: «Способы совладания или как справляться с болезнью»

Пример проведения занятия по теме: «Способы совладания или как справляться с болезнью»

Глава 5. Тема: «Преемственность психиатрической помощи»

Пример проведения занятия по теме: «Преемственность психиатрической помощи»

Глава 6. Тема: «Социальные связи»

Пример проведения занятия по теме: «Социальные связи»

Глава 7. Тема: «Галлюцинации, бред, нарушения мышления»

Пример проведения занятия по теме: «Галлюцинации, бред, нарушения мышления»

Список литературы

Приложения

ВВЕДЕНИЕ

Назначение

В данных рекомендациях содержится описание методики проведения программы психообразования у пациентов с эндогенными психическими расстройствами на начальных этапах заболевания в рамках стационарного лечения. Дополнительно в рекомендации включена методика проведения двух занятий, которые подключаются к программе психообразования на этапе лечения в дневном стационаре.

Данные рекомендации предназначены для применения специалистами в области психического здоровья – врачами-психиатрами, психотерапевтами и клиническими психологами при проведении групповых занятий по психообразованию.

Область применения

Областью применения данных рекомендаций является психосоциальная терапия пациентов с эндогенными психическими расстройствами на начальных этапах заболевания в рамках стационарного лечения и лечения в дневном стационаре.

Актуальность

Психообразование — это одна из форм психосоциальной терапии пациентов с психическими расстройствами и их родственников. Это гибкий подход, который включает в себя как образовательные, так и терапевтические методы и может быть адаптирован для людей с различными заболеваниями. Образовательный компонент предлагает ключевую информацию и стратегии поведения, по конкретным аспектам болезни. Психотерапевтический компонент предлагает участникам безопасность, структуру, обратную связь и время для усвоения информации, которая может быть незнакомой и сложной в том числе и с точки зрения эмоциональных реакций.

На данный момент поднимаются вопросы мотивированного и осознанного включения пациента в процесс выздоровления, который подразумевает партнерский стиль отношений и разделение ответственности за лечение между медицинским специалистом и пациентом. Психообразование делает большой акцент в работе на формирование комплайенса, который необходим для эффективного процесса выздоровления и продолжительной ремиссии. Помимо информирования о психическом заболевании, психообразование, благодаря группе специалистов (врачи психиатры, медицинские психологи, врачи психотерапевты, специалисты по социальной работе), создает психосоциальную поддерживающую среду для формирования адекватных навыков совладающего поведения у пациента. Данные навыки позволяют снизить риски повторных госпитализаций и уменьшить стигматизацию.

В отечественной практике рядом специалистов были разработаны методические материалы и рекомендации по различным подходам к проведению психообразования с пациентами. Данные рекомендации основываются на концептуальной модели с описанием методов, технологий, критериев включения и нозологических особенностей для применения в клинической практике.

В существующих на сегодняшний день методических материалах представлена лишь общая структура и план проведения занятий и отсутствует лексико-семантическое и синтаксическое описание занятий, однако принцип построения фраз, использование тех или иных слов, примеров и метафор имеет ключевую роль в восприятии информации пациентами.

Настоящее методическое руководство содержит подробное описание не только структуры занятий, целей и задач каждого занятия, но и описание содержания речевых модулей ведущих групп, вопросов группе, которые на определенных этапах занятия способствуют раскрытию темы и поддержанию интерактивности занятий. При этом имеет значение не только содержание фраз (лексико-семантическое наполнение), но и принцип построения фраз,

произносимых специалистами (синтаксис) – короткие предложения, отсутствие специальных терминов, интонационное подчеркивание ключевых слов, порядок слов. Семантическое наполнение разрабатывалось с учетом особенностей восприятия пациентов, посещающих занятия по психообразованию, а именно пациентов с острым и подострым психотическим состоянием.

Таким образом, актуальность и новизна представленного метода состоят в том, что предоставляются рекомендации, методы и технологии по ведению психообразования, начиная со стационарного этапа лечения у пациентов с эндогенными психическими расстройствами на начальных этапах заболевания. Особенностью данного руководства является подробное описание каждого занятия из программы психообразования с учетом лексико-семантического наполнения и синтаксиса.

Часть 1. Общие принципы проведения программы психообразования

Описание процесса:

Занятия по психообразованию строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Участникам предоставляется информация по конкретным вопросам (например, о проявлениях заболевания или медикаментозной терапии) с одновременным осуществлением мониторинга состояния пациентов, исследованием их позиции в отношении факта болезни, иллюстрацией положительных примеров преодоления симптомов болезни и способов достижения улучшения состояния из личного опыта пациентов и из примеров достижения стабильного состояния их близкими, знакомыми, известными людьми.

Занятия должны быть четко структурированными и проходить по одной и той же схеме: знакомство, разминка, краткий обзор предыдущей встречи, рабочее время (посвящают теме занятия), обсуждение, сбор обратной связи, заключение. Предлагаемые упражнения и формат донесения информации должны подбираться гибко с учетом их эмоциональной нагрузки и когнитивной сложности в зависимости от состояния участников группы. На каждом занятии ведется работа над сплочением группы. Поощряется выражение чувств, однако, при необходимости корректно и своевременно останавливается непродуктивное обсуждение. Проблемы или сложные ситуации, возникающие у отдельных пациентов, могут обсуждаться на группе, но с учетом полезности данной информации для других участников группы. Занятие завершается резюмированием обсуждаемого материала. Необходимо на каждом занятии получать обратную связь от участников процесса (например, спрашивать о том, какую информацию запомнили участники занятия, что было важно на занятии, что понравилось, что хотелось бы узнать в дальнейшем).

Динамика взаимоотношений участников группы не является материалом для работы в группах подобного типа. Работа психообразовательной группы должна оставаться на уровне содержания со структурированным взаимодействием, поощрением деятельности участников группы в рамках социальных норм.

Цель программы:

1. Уменьшение негативизма пациентов в отношении стационарного лечения.
2. Повышение доверия к лечебному процессу.
3. Разъяснение роли врача и пациента в лечебном процессе, понятие о важности доверительных, партнерских отношений «врач-пациент», об ответственности врача и пациента в процессе лечения.
4. Формирование представления о лечении психических расстройств: длительности лечения, этапах лечения, возможностях получения различных видов медицинской и психологической помощи, ключевой роли поддерживающей лекарственной терапии.
5. Дестигматизация.

Задачи программы:

- информирование пациентов о психическом заболевании с целью преодоления анозогнозии;
- обучения своевременному распознаванию симптомов заболевания;
- повышения уровня понимания собственных психических процессов;
- повышения уровня комплаентности;
- обеспечение «психосоциальной поддержки» - создание терапевтической среды, в которой пациенты могут в защищенных, эмоционально безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями; улучшение взаимоотношения среди пациентов, создание или расширение их социальных сетей;

- информационная помощь в обеспечении преемственности психиатрической помощи, непрерывности лечебного и психореабилитационного процесса;
- профилактика рецидивов заболевания (повторных госпитализаций).

Материально-техническое обеспечение:

Для проведения групповой работы с пациентами необходимо оборудованное помещение площадью не менее 20м², оснащенное необходимым количеством мебели (стулья не менее 15 штук), доской для записи или флипчартом, ручками и бумагой.

Участники группы:

В группу направляются пациенты стационара после купирования наиболее острых проявлений болезни (как правило, на 2 неделе госпитализации). Критерии включения:

- психотические проявления эндогенных психических расстройств (диагнозы рубрики F2 и F3 по МКБ-10);
- длительность заболевания по анамнестическим данным не более 5 лет после манифестного психотического приступа;
- не более трех госпитализаций в стационар в анамнезе, включая настоящую госпитализацию.

В группу также могут включаться пациенты с большими сроками заболевания при наличии у них удовлетворительного реабилитационного потенциала.

Противопоказания к участию:

- актуальное острое психотическое состояние с нарушениями поведения;
- кататоническая симптоматика;
- интеллектуальное снижение;
- любые органические психозы (в том числе инволюционные, интоксикационные).

Продолжительность занятия: 60 минут

Периодичность занятий: 3 раза в неделю (через день: понедельник, среда, пятница)

Формат группы:

- занятия проводятся в одно и то же время и в одном и том же месте;
- занятия проводятся в открытых группах, т.е. пациент может начать участвовать в программе на любом из ее этапов, повторно посещать занятия;
- рекомендуемое число участников от 6 до 15 человек, группы смешанные (мужчины и женщины);
- при большом количестве пациентов (больше 15 человек) рекомендовано разделять группы с учетом состояния пациентов (более «острые», менее «острые»);
- по мере улучшения состояния, пациент может переходить из более «острой» группы в менее «острую».

Основные принципы ведения группы:

- Необходимо придерживаться четкого расписания: одно и то же время и место проведения занятий, одни и те же дни недели.
- Структура занятия должна быть четкой, понятной и логичной. Отклонение от четкой структуры группы провоцирует нарушение поведения у участников, выпадение из группового процесса, погружение в собственные переживания.

- Ведущий должен строго следить за тем, чтобы участники не нарушали правила, сформулированные в начале группы (не критиковать, не осуждать, не перебивать). Если участник нарушает правила, ведущему следует их четко еще раз проговорить, при этом не следует выносить замечания участникам в жесткой и авторитарной форме.

- Задача ведущего постоянно поддерживать уровень активности участников, следить за тем, чтобы все были включены в обсуждаемую тему. Если ведущий хочет получить обратную связь относительно понимания обсуждаемого материала, желательно обращаться не ко всей группе («Вы поняли?»), а индивидуально к каждому участнику.

- В процессе ведения занятия следует избегать специализированных терминов («стигма», «триггер», «диатез-стресс», «нейромедиатор» и т.п.), если далее не следует их объяснение.

- Предлагаемая ведущим информация должна быть четкой и ясной, с конкретными практическими выводами, не следует перегружать пациентов теоретической информацией. Фразы должны быть короткими, с интонационными акцентами, несущими одну четко сформулированную мысль. Вопросы участникам открытые. В конце каждого информационного блока необходимо коротко резюмировать сказанное. В конце занятия необходимо спросить каждого участника группы, какую основную мысль он вынес из занятия.

- Предлагаемая информация должна соотноситься с нуждами и потребностями пациентов и с их личным опытом. Задача ведущего в этой связи подвести пациента к осознанию того, как данная информация касается лично его. Ведущий побуждает пациентов говорить о собственном опыте, вместе с тем структурирует этот опыт, делает обобщения, четко резюмирует, показывает, как личный опыт пациентов связан с теорией, обсуждаемой на занятии.

Ведущие группы.

Рекомендуется, чтобы группу проводили два специалиста – медицинский психолог и врач-психиатр или психотерапевт. В процессе занятия роли у ведущих могут меняться в зависимости от этапа и темы занятия. В целом задача обоих ведущих - придерживаться регламента группы, содержания занятий. Психолог в большей степени следит за процессом сплочения группы, соблюдением правил и регламента, врач в большей степени сосредотачивается на содержательной, информационной части занятия. Роли у обоих ведущих равнозначны.

Перед тем как приступить к ведению групп, ведущим необходимо пройти обучение, поприбывав в качестве наблюдателей хотя бы на одном цикле занятий по психообразованию. Кроме того, рекомендуется, чтобы первое время кто-то из опытных ведущих присутствовал на занятиях, которые ведут новички, в качестве супервизора. Как правило, такая супервизия необходима в течение 4-5 циклов занятий. Далее необходимо, чтобы супервизор присутствовал на занятиях 1 раз в 3 месяца.

Качество проведения группы оценивается по нескольким критериям:

1. Соблюдение структуры занятий
2. Изложение содержательной части
3. Степень вовлеченности группы и работа ведущих по вовлечению пациентов
4. Взаимодействие между ведущими.

После окончания занятия в случае присутствия на нем супервизоров или интервизоров происходит разбор занятия с учетом каждого из перечисленных критериев оценки.

Структура занятия:

1. Приветствие участников группы; определение понятия «психообразование»; обсуждение целей и задач группы; 2-3 мин;
2. Знакомство участников группы (приложение № 1); 5 мин;

3. Информирование о структуре занятия; обсуждение правил поведения в группе (приложение № 1); 2 мин;
4. Физическая разминка (приложение № 2); 3 - 5 мин;
5. Когнитивная разминка (фонетическая и семантическая беглость) (приложение № 3); 3 - 5 мин;
6. Обсуждение предыдущей темы (краткий обзор основных компонентов биопсихосоциальной модели оказания помощи, «диатез – стресс» модели психических расстройств, а также добавление аспектов тем предыдущих занятий); 5 мин;
7. Рабочее время и обсуждение основной тематики занятия (занимает 1/2 занятия); 20 – 25 мин;
8. Обобщение изученного материала ведущим группы, сбор обратной связи от пациентов («что из обсуждаемого сегодня на группе вам показалось наиболее важным»); 5 мин;
9. Подведение итогов ведущими; 2 мин;
10. Заполнение анкет обратной связи (приложение №6); 5 мин;
11. После прохождения пациентом полного цикла занятий происходит оценка его знаний с помощью тестового контроля (приложение №7). Пациент может проходить циклы повторно все время, которое он находится в стационаре.

Часть 2. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ ПО ПСИХООБРАЗОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ

ГЛАВА 1. ТЕМА: «ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Общие принципы проведения занятия.

Цели: формирование представления о психических расстройствах, ознакомление с концепцией «диатез-стресс», формирование представления о возможностях комплексной биопсихосоциальной терапии психических расстройств.

Вопросы, требующие освещения на занятии:

- Причины психических заболеваний (модель уязвимости и наследственной предрасположенности);
- Рассмотрение психического заболевания по аналогии с хроническими соматическими заболеваниями (сахарный диабет, гипертоническая болезнь);
- Биологическая уязвимость (генетическая предрасположенность) как ключевой фактор возникновения психического заболевания; общее представление о системе нейромедиаторов головного мозга как основы регуляции психических процессов;
- Роль факторов окружающей среды, оказывающих влияние на развитие заболевания и риск повторного обострения (биологические факторы, психологические факторы, социальные факторы – необходимо в интерактивной форме рассмотреть роль каждого из факторов в развитии обострения психического расстройства);
- Представление о возможности контроля симптомов психических заболеваний благодаря воздействию на все три фактора: воздействие на биологический фактор с помощью лекарственной терапии; контроль психологического фактора с помощью психотерапии и реабилитационных мероприятий; контроль социального фактора с помощью социальных работников и психосоциальных мероприятий.

Задача ведущего:

Задача ведущего сначала указать, что существует группа психических расстройств, которые являются точно такими же заболеваниями, как и другие хронические болезни, у которых существуют характерные симптомы, течение и лечение, а также имеются научно-обоснованные гипотезы о причинах возникновения. Пациентам дается информация о современных представлениях о развитии психических расстройств – «диатез-стресс» модель, затем информация о биопсихосоциальных факторах внешней среды, запускающих заболевание. Транслируемая на занятии информация должна оказаться не абстрактной теорией, но стать для пациента опорой в совладании с болезнью. Следует обратить внимание на то, чтобы у пациента не возникло ложных умозаключений («я болен, потому что моя мама неправильно питалась во время беременности», «я болен, потому что у меня неправильная семья») и связанных с ними чувств вины, агрессии и т.п., необходимо ориентировать пациентов на активное сотрудничество в лечебном процессе со специалистами, показать возможность восстановления психического благополучия.

Информационная цель: проинформировать участников о том, что болезнь является реально существующим феноменом, у которого есть известные причины возникновения и способы лечения

Терапевтическая цель: сформировать у пациентов понимание возможности контроля болезненных проявлений

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ»

1. Введение в тему. Проблематизация.

Тема нашего занятия сегодня «Причины и механизмы развития психического заболевания». Мы поговорим с вами, что же такое психическое заболевание, почему могут возникать психические заболевания и у кого. Но сначала давайте разберемся, что такое психическое заболевание.

Вопрос группе: *Как вы сами думаете, что такое психическое заболевание?*

Выслушать ответы

Обобщение ведущего: В настоящий момент научно доказано, что психические болезни существуют, это не миф. И как у любого заболевания (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, простуда) у психического заболевания есть характерные симптомы, механизмы возникновения и способы лечения. Таким образом, психическое заболевание – это болезнь с набором характерных симптомов, которые проявляются в нарушении настроения, нарушении восприятия реальности, нарушении сна и аппетита, изменениями мышления и т.д. Но очень часто люди не замечают, что в их психике произошли изменения, кажется, что все, что с нами происходит – это естественная реакция на какие-то события жизни. При этом очень часто окружающие (прежде всего родственники, друзья, коллеги) первыми замечают, что с человеком происходит что-то странное, он ведет себя не так как обычно.

Вопрос группе: *Знакома вам такая ситуация?*

Выслушать ответы

Вопрос группе: *А можно ли самому человеку понять, что с его психикой происходят болезненные изменения?*

Обобщение ведущего: Это очень важный вопрос. Считается, что от того, насколько человек осознает свои проблемы, зависит во многом исход лечения. И наши занятия направлены на развитие понимания своей болезни, так как это понимание дает нам инструменты контроля за проявлениями болезни.

2. Основная часть

1. Факторы, влияющие на развитие заболевания

Давайте сначала разберем, что лежит в основе психического заболевания. Почему оно может развиваться у некоторых людей.

Вопрос группе: *Как вы думаете, почему у людей вообще появляются хронические заболевания?*

Обобщение ведущего: В основе большинства хронических заболеваний лежит генетическая предрасположенность, набор генов. Каждый человек при рождении имеет предрасположенность к тому или иному заболеванию. У кого-то это предрасположенность к развитию физических заболеваний (например, сахарного диабета, болезней сердца), а у кого-то к психическим расстройствам. Заранее мы пока не можем предсказать развитие того или иного заболевания, но у каждого человека предрасположенность к какому-либо заболеванию существует. Но предрасположенность не всегда приводит к развитию

заболевания. Для того чтобы болезнь активизировалась, необходим набор внешних факторов, которые запускают начало заболевания или провоцируют его обострение. Стоит отметить, что обычно к развитию заболевания приводит не один фактор, а их совокупность.

Вопрос группе: *Как вы думаете, что может провоцировать начало заболевания?*

Обобщение ведущего: Все факторы можно условно поделить на три группы.

- Биологические
- Социальные
- Психологические

Любое заболевание развивается по этому принципу. Эту модель развития хронических заболеваний часто называют биопсихосоциальной.

1. Биологические факторы

Биологические факторы – это то, что может оказывать физическое воздействие на организм, на нервную систему.

Ведущий приводит пример биологических факторов, ранее названных группой.

Вопрос группе: *Как вы думаете, какие еще биологические факторы могут спровоцировать психическое заболевание?*

Обобщение ведущего: Биологические факторы: употребление алкоголя и наркотиков, гормональные изменения, роды, физическая болезнь, отравление/интоксикация вредными веществами, травмы головного мозга.

2. Социальные факторы

Социальные факторы – это факторы, связанные с нашей жизнью в обществе (в социуме): в семье, в трудовом коллективе, в городе, в стране и т.д.

Ведущий приводит пример социальных факторов, ранее названных группой

Вопрос группе: *Как вы думаете, какие еще социальные факторы могут спровоцировать психическое заболевание?*

Обобщение ведущего: Социальные факторы (то, что окружает нас во внешнем мире и имеет на нас воздействие): неблагоприятная обстановка в семье или на работе, утрата близкого, резкое изменение социального статуса, переезд в другой город, эмоциональное насилие со стороны сверстников или социального окружения, чрезвычайные ситуации, катастрофы.

3. Психологические факторы

Психологические факторы – это то, что влияет на наш внутренний комфорт: на наше настроение, чувство безопасности, удовлетворенности. Нарушение психологического благополучия называют стрессом.

Ведущий приводит пример психологических факторов, ранее названных группой

Вопрос группе: *Каждый человек в течение жизни периодически оказывается в состоянии стресса. Почему стресс у одних людей приводит к заболеванию, а у других – нет?*

Обобщение ведущего: Огромную роль играют особенности психологии человека. Одни люди обладают хорошей способностью справляться со стрессом, а у других эта способность снижена. И это зависит от набора способов, с помощью которых человек справляется со стрессом, а также от защитных механизмов психики. Так или иначе человек,

осознанно или нет, всегда использует набор стратегий для решения проблем, но одни стратегии продуктивные и приводят к решению проблемы, а другие, наоборот, могут привести к укреплению проблемы.

Пример: Есть вещи, которые могут обидеть любого, и каждого человека хоть раз в жизни кто-нибудь обижал. И все мы схожи в том, что когда нас обижают, мы испытываем болезненные чувства (злость, раздражение, грусть). Но разница в том, что одни люди могут пребывать определенное время в обиде, а потом переключиться на другие значимые для них моменты (заняться работой, детьми), а другие будут продолжать размышлять об этой ситуации, все более и более погружаясь в болезненные чувства. И в конечном итоге к этому чувству обиды может добавиться еще и подавленность, нарушение сна и другие неприятные переживания.

Подведение итогов:

При наличии генетической предрасположенности и уязвимости нервной системы человек может заболеть психическим заболеванием. На развитие заболевания могут влиять три фактора: биологический, психологический и социальный.

Метафора с растением. Представьте, что вы посадили росток. Для того чтобы он вырос в полноценное растение необходимо, чтобы была подходящая для этого почва, чтобы у растения был доступ к воде, подходящая температура, освещение. Само наличие ростка не гарантирует, что из него вырастет полноценное растение, если не будут созданы подходящие для этого условия. Точно также генетическая предрасположенность не обязательно проявится в болезни, для этого нужны еще и факторы окружающей среды, которые мы перечислили.

2. Как осуществляется лечение заболевания

Обобщение ведущего: Биологический, социальный и психологический факторы влияют на развитие заболевания. Мы не всегда способны контролировать возникновение заболевания. Мы не можем контролировать свою генетику, возникновение внешних вредных факторов. Но если болезнь проявилась, современная медицина знает, как можно с ней справиться. С воздействием на биологический, социальный и психологический факторы связано лечение и реабилитация психических расстройств.

Воздействие на *биологический* фактор осуществляется прежде всего с помощью лекарств, которые назначает врач-психиатр. Об этом мы подробно будем говорить в теме «Лекарство». Кроме того, сам человек может осуществлять профилактику вредных воздействий на нервную систему: избегать приема наркотиков и алкоголя, травм головы и всего того, что может сильно истощать нервную систему (повышенные нагрузки, отсутствие отдыха, резкие смены климата и т.д.).

Воздействие на *социальный* фактор осуществляется через:

- создание для себя поддерживающего окружения (друзья, родственники, коллеги);
- занятие подходящей деятельностью (работа, учеба, хобби);
- правильное взаимодействие с врачами, которые тоже являются социальным окружением и источником поддержки – об этом мы подробно поговорим в темах «Как справиться с болезнью», «Преемственность психиатрической помощи».
- Если есть объективные социальные сложности (поиск работы, восстановление в институте, оформление инвалидности) социальные работники, которые есть в структуре психиатрической больницы, могут помочь с решением этих проблем.

Воздействие на *психологический* фактор осуществляется через формирование навыков психологической гибкости, регуляции стресса, решения конфликтных ситуаций. Эти навыки можно выработать в процессе психотерапии, при работе с психологом и психотерапевтом. Об этом мы подробно поговорим в темах «Распознавание ранних признаков заболевания», «Как справляться с болезнью».

Обобщение ведущего: Итак, сегодня мы разобрали, почему развиваются психические расстройства. Причина в сочетании генетической предрасположенности и воздействия внешних неблагоприятных факторов: биологических, социальных, психологических.

Справиться с психическим расстройством можно. Для этого необходимо воздействовать на все три фактора: принимать лекарства (воздействие на биологический фактор), учиться справляться со стрессом, выработать у себя психологическую стойкость (воздействие на психологический фактор), взаимодействовать с окружающими – уметь получать у них поддержку, приносить пользу обществу (социальный фактор).

ГЛАВА 2. ТЕМА: «РАСПОЗНАВАНИЕ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ»

Общие принципы проведения занятия

Цели: обучение идентификации симптомов психических расстройств, информирование о ранних признаках обострения психических расстройств, обозначение важности самонаблюдения, возможности контроля своего психического состояния.

Вопросы, требующие освещения на занятии:

- Понятие о симптомах психических расстройств: нарушение настроения, нарушение сна и аппетита, изменения восприятия и поведения, изменения мышления
- Понятие о ранних признаках обострения: психическое расстройство не развивается внезапно, а чаще всего начинается с появления отдельных симптомов (нарушение сна, изменение настроения, нарушение концентрации внимания), и если научиться их распознавать, то можно предотвратить развитие психоза, обратившись к врачу на раннем этапе.
- Обсуждение личного опыта пациентов – вспомните, как начиналось заболевание? Какие были симптомы до развития психоза? Обратная связь от ведущего с подчеркиванием важности обращения к врачу на раннем этапе – как только появляются ранние признаки обострения.
- Обучение ведению дневника самонаблюдения и распознавания общих признаков болезни. Объяснение межсессионного задания по ведению дневника самонаблюдения, обмен пациентами личным опытом (приложение 5).

Задача ведущего:

Задача ведущего побудить участников группы к тому, чтобы они сопоставили предлагаемые на занятии признаки обострения болезни с собственным опытом - вспомнили личные примеры возникновения обострения и симптомы этому предшествовавшие. Пациенты должны понимать, как их опыт соотносится с предлагаемой ведущим общей схемой основных симптомов ранних признаков обострения болезни.

Информационная цель: проинформировать участников о том, что многие симптомы-предвестники острого психоза могут возникать еще задолго до самого заболевания, и рассказать о признаках, по которым можно распознать ухудшение состояния и начало обострения

Терапевтическая цель: мотивировать пациента к наблюдению за своим психическим состоянием, отмечать признаки ухудшения состояния

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «РАСПОЗНАВАНИЕ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ»

1. Введение в тему: проблематизация

Наша сегодняшняя тема - «Распознавание ранних признаков обострения болезни».

Вопрос группе: *Как вы думаете, почему вам необходимо понимать симптомы своей болезни и уметь распознавать ранние признаки обострения заболевания?*

Обобщение ведущего: вы сейчас находитесь на лечении в круглосуточном стационаре, это указывает на то, что вы находились в острой фазе болезни. Ключевая задача медицинских специалистов на данном этапе - это максимально стабилизировать ваше психическое состояние, снять острые симптомы болезни. После этого будет выписка, и вы продолжите проходить лечение в амбулаторных подразделениях нашей больницы (дневной стационар, диспансер).

Особенность психических заболеваний в том, что лечиться необходимо продолжительное время, и даже если вы почувствовали улучшение и не отмечаете у себя симптомов болезни, это не значит, что вы полностью выздоровели, и вам больше не нужна медицинская помощь. К сожалению, любое психическое расстройство имеет высокий риск обострения, повторного возникновения симптомов. Этот риск значительно снижается в случае соблюдения пациентами определенных правил: своевременный прием препаратов, обращение к врачу, соблюдение медицинских предписаний. Но даже в этом случае риск обострения состояния остается.

Любое обострение заболевания, как правило, не происходит внезапно. До момента развития острого состояния появляется набор симптомов, которые указывают на то, что состояние начало ухудшаться. Именно в этот момент пациенту нужно быть очень внимательным к своему состоянию и обратиться к врачу. Госпитализации во многих случаях можно избежать, если вовремя обратиться за помощью.

Наше занятие сегодня посвящено обсуждению тех признаков заболевания, которые указывают на начало обострения заболевания. Также мы поговорим о том, как научиться самостоятельно выявлять признаки заболевания.

2. Основная часть

Основная часть занятия посвящена составлению списка признаков/симптомов обострения болезни. Этот список формируется на следующем основании:

А) пациенты обращаются к своему личному опыту – какие изменения состояния они замечали у себя до начала острого состояния;

Б) пациенты делают предположения о признаках обострения исходя из «общей эрудиции», знаний, того что они слышали от других пациентов (ведущий может задать вопрос: «как вы думаете, какие еще могут быть признаки ухудшения состояния?»);

В) ведущий называет те признаки, которые не назвали пациенты.

При формировании списка важно, чтобы ведущий отделял симптомы острого состояния (галлюцинации, бред, ощущение воздействия, преследования и т.д.) от ранних признаков и подчеркивал, что очень важно как можно раньше заметить ухудшение состояния.

Есть несколько вариантов формирования списка (более подробно см. далее):

А) В два этапа: сначала пациенты делятся личным опытом, потом ведущий делает обобщение и переходит к расширению списка.

Б) Одновременно: пациент говорит о личном опыте, ведущий относит его к определенной категории (например, «изменения физического самочувствия») и спрашивает, что еще можно отнести к этой категории (например, вопрос: «какие еще могут быть изменения физического самочувствия?»)

В) При активной роли ведущего: ведущий сначала называет и поясняет признак, а потом спрашивает участников – «у кого такое было?» Этот вариант подходит для ситуации, когда пациенты ведут себя пассивно и не проявляют активности в обращении к собственному опыту.

1) Обращение к личному опыту пациентов

Ведущий: Все, кто находится сейчас в группе, уже пережили острое состояние, в связи с чем были госпитализированы. Давайте попробуем вспомнить время до госпитализации, и посмотрим, какие признаки указывали на то, что в вашем психическом состоянии происходили негативные изменения?

Вопрос группе: *Попробуйте вспомнить, что происходило с вами до начала острого проявления болезни, что вы отмечали в своем состоянии? Какие признаки указывали на то, что что-то не так, что психическое состояние начало меняться?*

Когда пациенты делятся опытом (называют признаки: нарушился сон, было трудно сконцентрироваться, появилась раздражительность и т.д.), то задача ведущего:

- При необходимости конкретизировать, чтобы пациент мог более точно увидеть свой симптом: «Как конкретно нарушился сон?», «В чем выражались трудности концентрации?»

- По возможности отделять симптомы острого состояния от ранних признаков, побуждая пациентов к тому, чтобы они осознали, что состояние может ухудшаться постепенно, и учились замечать ухудшение состояния как можно раньше. Например, если пациент говорит, что были голоса, спросить, было ли что-то, что обращало на себя внимание до того, как начались голоса? Может, что-то из того, что говорили другие участники: «может вы замечали у себя повышенную раздражительность, трудности концентрации, нарушение сна, приступы тревоги?»

- Проинформировать, что бывает и так, что острое состояние начинается резко – в этом случае важно сразу вызвать скорую помощь, по возможности, обратить внимание на обеспокоенность близких.

Если участники не упоминают сами о признаках острого состояния, можно их дополнительно спросить:

Вопрос группе: *А какие признаки острого/тяжелого состояния вы отмечали у себя?*

Обобщение ведущего: Итак, мы видим:

- Есть признаки/симптомы, которые предшествуют острому состоянию – ранние признаки психоза (ведущий обобщает то, что говорили участники): например, нарушения сна (не сплю, слишком долго сплю), отсутствие аппетита, повышенная чувствительность, повышенная раздражительность, подавленное настроение, внезапные приступы тревоги, трудности концентрации, уход от общения с людьми и т.п.

- И есть признаки/симптомы, которые указывают на то, что состояние крайне тяжелое (ведущий обобщает то, что говорили участники): например, слуховые и

зрительные галлюцинации, бред, путаница мыслей, навязчивые мысли, ощущение угрозы, преследования, кажется, что кто-то контролирует мысли и т.п.

В случае возникновения любых симптомов следует незамедлительно обратиться к врачу! В остром состоянии человек обычно не может правильно дать оценку своему состоянию и принять адекватные меры, нарушается восприятие окружающего и возможность критического отношения к своему поведению. Как правило, на такой стадии необходима госпитализация, которая обычно осуществляется через обращение к психиатру родственников. Однако, когда состояние только начало ухудшаться, если заметить и правильно оценить симптомы, и вовремя обратиться к врачу, то можно избежать ухудшения состояния и избежать госпитализации. *(На этом этапе хорошо, если ведущий или, возможно, кто-то из участников приведет пример из собственного опыта – как выравнивалось состояние пациента при раннем обращении вследствие своевременного/скорректированного лечения).*

2) Расширение списка ранних признаков обострения: информация от ведущего и предположения пациентов

Ведущий расширяет список признаков, дополняя то, что говорят пациенты. При расширении списка следует ориентироваться на следующие группы признаков:

- изменения физического самочувствия, нарушения сна
- эмоциональные изменения и изменения настроения
- изменения поведения
- изменения мышления и восприятия

В зависимости от группы, ее активности применяются разные стратегии поведения ведущего по расширению списка:

А) Если группа активна, пациенты в состоянии описать собственный опыт, готовы обсуждать, называя многие признаки, тогда можно сначала выслушать опыт участников, сделать короткое обобщение (см. выше), а потом перейти к расширению списка симптомов с помощью следующего вопроса:

Вопрос группе: Давайте подумаем, какие еще могут быть признаки ухудшения состояния?

Например, в качестве ранних признаков прозвучало «нарушение сна». Пациент говорил о том, что он три дня не спал. «А какие еще могут быть изменения физического самочувствия?»

Или пациент говорил о том, что у него была повышенная раздражительность. «А какие еще изменения в эмоциональном состоянии могут свидетельствовать об ухудшении состояния?»

Б) Расширять список можно одновременно с тем, как пациенты делятся опытом – отметить конкретный признак «не спал», маркировать категорию «нарушения сна», а затем спросить: «а какие еще могут быть изменения физического состояния?» Дополнить список «изменения физического состояния», а затем опять перейти к опыту: «Что еще вы замечаете в своем личном опыте?» И т.д.

Вопрос группе: Сонливость в течение дня или отсутствие сна - все это говорит о нарушениях сна, а какие еще могут быть изменения физического состояния, указывающие на начало обострения?

В) Если пациенты пассивны ведущий сам предлагает признаки и спрашивает участников: «у кого такое было?»

Вопрос группе: *Часто при обострении состояния нарушается сон. У кого такое было? А какие еще могут быть изменения физического состояния, указывающие на начало обострения?*

В итоге должен быть озвучен следующий список:

Обобщение ведущего: Итак, мы выделили несколько групп признаков обострения психического состояния:

- *Эмоциональные изменения и изменения настроения:* тоска, тревога, внезапные приступы страха (особенно страх угрозы), возбуждение, эйфория, приподнятое настроение, повышенная раздражительность, перепады настроения, отсутствие эмоций;
- *Изменения физического самочувствия:* расстройства сна (отсутствие сна или чрезмерная сонливость), отсутствие аппетита, постоянная усталость, скованность/слабость/напряжение в мышцах, снижение веса;
- *Изменения поведения:* уход от общения с людьми, недоверие к людям, уход в себя, странное поведение, отход от обычного распорядка дня, уход из дома, неожиданное проявление интереса к необычным вещам (углубление в религию, интерес к магии), нарушение работоспособности (нарушение внимания, снижение энергии, снижение устойчивости к стрессу), резкий спад активности, небрежное отношение к личной гигиене, бездеятельность, безынициативность, повышенная агрессивность; повышенная активность, разговорчивость, общительность;
- *Изменения мышления:* мысли путаются, пустота в голове, навязчивые мысли, чужие мысли в голове, мысли читают/контролируют другие, мысли слишком быстрые или слишком медленные, мыслей слишком мало или слишком много;
- *Нарушения восприятия:* шум и цвет воспринимаются искаженно или усиливаются, чувство, будто ты сам или все вокруг изменилось, «я вижу то, чего не видят другие», «я слышу голоса внутри головы», «я чувствую необычные запахи», «у меня неприятные ощущения в теле», «все события или поступки других людей имеют отношение ко мне», ощущение слезки, воздействия («другие люди имеют доступ к моим мыслям, могут управлять мной», «я могу управлять мыслями других людей»).

Обобщение ведущего: Итак, подведем итог. Еще до возникновения острого проявления болезни, у пациента возникает набор симптомов, указывающих на начало ухудшения психического состояния. Если вовремя распознать признаки заболевания и своевременно обратиться к врачу, то можно предотвратить развитие острого состояния, госпитализации. Очень важно ежедневно следить за своим состоянием, отмечать у себя любые изменения на уровне эмоций, поведения, мышления, физического самочувствия. Помочь в этом вам может специальный инструмент который был разработан нашими специалистами.

3. Ознакомление с дневником самонаблюдения:

Ведущий раздает пациентам дневник самонаблюдения и объясняет, как им пользоваться.

Ведущий: Мы разработали специальный дневник, чтобы вы тренировались отслеживать собственное состояние и научились выявлять признаки, которые мы сегодня обсуждали.

В течение следующей недели каждый день, желательно в одно и то же время, заполняйте дневник.

1) Сначала с помощью термометра оцените свое настроение, сон и т.д. по 10-балльной шкале: 0-норма, 10 плохое состояние.

2) Затем понаблюдайте, есть ли у вас какие-либо признаки/симптомы из предложенных ниже касательно настроения, сна и т.д. В пустые строчки допишите симптомы, которые вы видите у себя, но их нет в списке.

3) Далее, на следующий день, вы также оцениваете с помощью термометра настроение, сон и т.д., но конкретные признаки, характеризующие ваше настроение, сон и т.д. вписываете уже сами.

На следующее занятие принесите дневник, и мы обсудим, что у вас получилось.

ГЛАВА 3. ТЕМА: «ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ»

Общие принципы проведения занятия

Цели: формирование представления о:

- 1) ключевой роли лекарственной терапии в избавлении от симптомов заболевания
- 2) современных возможностях лекарственной терапии, ее эффективности и безопасности
- 3) целях лечения: избавление от симптомов и максимальная социальная адаптация
- 4) компетентности врача в подборе и мониторинге лекарственного лечения
- 5) преодолении сопротивления пациента перед медикаментозным лечением, развенчание мифов о негативных последствиях приема лекарств.

Вопросы, требующие освещения на занятии:

- Роль лекарственной терапии в избавлении от симптомов, предупреждении их возобновления и недопущении повторных и частых госпитализаций.
- Представление о нейромедиаторах (дофамине) как о регуляторах психической деятельности. Влияние дисбаланса дофамина на возникновение психических расстройств: нарушения мотивации, поведенческие нарушения, психопродуктивные симптомы (нарушения тестирования реальности).
- Представление о возможности регуляции уровня дофамина с помощью лекарственной терапии (с помощью антипсихотиков);
- Информирование о различных классах лекарственных препаратов, применяемых в психиатрии (нейролептики, корректоры, антидепрессанты, нормотимики);
- Способы приема лекарств (таблетки, инъекции), объяснение, что такое пролонги;
- Цели лечения (восстановление социального функционирования, избавление от симптомов заболевания, профилактика рецидива) и сроки их достижения (указание необходимости длительного приема препаратов).
- Побочные эффекты и способы их преодоления (двигательные нарушения, седация, в случае активного вопроса пациентов - повышение уровня пролактина). Сделать акцент на том, что польза от приема препаратов перевешивает возможные риски, сообщить о возможности подбора максимально комфортной для пациента схемы лечения, о возможности контролировать побочные эффекты; о необходимости максимально подробно сообщать врачу о своих ощущениях в процессе лекарственной терапии.
- Личный опыт, ролевые модели - взаимосвязь между приемом препаратов и улучшением состояния.
- Обоснование необходимости длительного поддерживающего лечения, психосоциальной терапии: понятие о купирующем и поддерживающем лечении, профилактика рецидивов.

Задача ведущего:

Вызвать доверие к лечебному процессу, безопасности и эффективности лекарственной терапии и к высокой квалификации врача, назначающего лекарственную терапию. Показать, что психические расстройства, точно также как и соматические, возможно контролировать научно-обоснованными методами лекарственной терапии. Подбор препаратов – процесс, основанный на тщательном анализе психического и физического состояния пациента, требующий высокой квалификации, поэтому недопустимо самостоятельное изменение режима лекарственной терапии. Привлечение пациентов к активному обсуждению опыта лекарственной терапии, примеры из реального

опыта пациентов: к чему приводила самостоятельная отмена лекарств (обострение состояния, повторная госпитализация); положительные примеры от пациентов благоприятного действия лекарственной терапии (улучшение самочувствия). На занятии следует избегать обсуждения конкретных препаратов, высказывать суждения о качестве того или иного препарата для избегания формирования у пациентов установок в отношении определенных лекарств.

Информационная цель: проинформировать участников о целях лекарственной терапии, видах препаратов, применяемых в психиатрии, побочных эффектах и способах их преодоления, длительности приема лекарственных препаратов, роли врача в подборе и контроле лекарственного лечения.

Терапевтическая цель: способствовать тому, чтобы пациенты правильно и осознанно пользовались лекарственной терапией, понимали риски самостоятельного прекращения/изменения схемы приема препаратов, постоянно поддерживали контакт с врачом и не принимали никаких решений по изменению схемы лечения без обсуждения с ним.

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ»

1. Введение в тему: проблематизация

Тема нашего сегодняшнего занятия «Лекарственная терапия». Мы будем говорить о роли лекарственной терапии в избавлении от симптомов заболевания: о видах препаратов, их эффективности, смысле их применения, а также роли врача в их назначении.

Одним из вариантов начала занятия может быть опрос пациентов: Все вы принимаете лекарства и наверняка у вас есть какие-то вопросы, которые вы хотели бы для себя прояснить. Что бы вы хотели услышать на сегодняшнем занятии?

Как правило, пациенты очерчивают одинаковый перечень вопросов, которые ведущий должен обобщить и сгруппировать:

1. Сколько нужно принимать лекарства?
2. Какие могут быть побочные эффекты?
3. Вопросы по конкретным препаратам, которые пациенты в настоящий момент принимают
4. Вопросы по побочным эффектам, которые пациенты в настоящий момент испытывают (сонливость, неусидчивость).

Ответы на все группы вопросов содержатся в заранее заготовленной теме занятия. В зависимости от исходного запроса группы и ее активности на занятии можно рассказать про один класс лекарств (нейролептики и корректоры), либо при наличии заинтересованности у группы рассказать также про стабилизаторы настроения и антидепрессанты. Про транквилизаторы и ноотропные препараты рассказывать нецелесообразно в виду их вспомогательной роли в терапии.

2. Основная часть

Занятие следует начать с объяснения принципа влияния лекарств на психику.

Вопрос группе: *Все, кто лечится в психиатрическом стационаре, принимают лекарственные препараты. Как вы думаете, зачем? Какую роль играет лекарственная терапия в избавлении от симптомов?*

Обобщение ведущего: Как мы говорили на предыдущих занятиях одной из причин возникновения психоза является наличие нарушений на биологическом уровне. Давайте подробнее поговорим, что же конкретно происходит на уровне биологии. Для этого нам надо сначала разобраться как устроена нервная система.

1. Строение нервной системы, понятие о нейромедиаторах

Наша нервная система состоит из нервных клеток. Нервные клетки соединяются между собой, образуя «провода», по которым в разные участки тела поступает информация. Например, мозг может подать сигнал о том, что надо подвигать рукой (демонстрация), или идет сигнал в сердечную мышцу и она сокращается быстрее или медленнее. Точно такие же сигналы идут и внутри головного мозга. Благодаря этим сигналам у нас может измениться настроение, мы можем о чем-либо думать, совершать те или иные поступки.

Как же передается информация от одной клетки к другой?

Информация передается с помощью специальных химических веществ, которые перемещаются между клетками в участке их соединения (синапсе). Эти вещества называются нейромедиаторами (нейро - нервная клетка, медиатор – посредник, передатчик), то есть передатчики сигнала от одной клетки другой.

Вопрос группе: *Все, наверное, слышали о таком веществе как серотонин, серотонин – это нейромедиатор, который отвечает за настроение. А какие еще нейромедиаторы вы знаете?*

Известно много нейромедиаторов (серотонин, норадреналин, ацетилхолин, дофамин), которые передают сигналы внутри головного мозга. Но самым важным нейромедиатором для понимания действия лекарств, которые все вы сейчас принимаете, является дофамин.

Вопрос группе: *кто-нибудь знает, за что отвечает дофамин?*

Известно, что дофамин отвечает за мотивацию, за получение удовольствия, чувство удовольствия, а также он отвечает за восприятие реальности.

2. *Дофаминовая гипотеза возникновения психоза и механизм действия нейролептиков.*

Вопрос группе: *Что же происходит в головном мозге, когда возникает психическое расстройство?*

В головном мозге изменяется количество нейромедиаторов (их может становиться больше или меньше), из-за этого нарушается передача сигнала между нервными клетками и могут возникать различные симптомы.

Вопрос группе: *Что происходит, когда меняется уровень дофамина?*

Иногда возникают такие ситуации, когда по каким-либо причинам у человека уровень дофамина в головном мозге может увеличиться. И тогда человек начинает испытывать симптомы психоза: у него могут возникнуть галлюцинации, нарушается адекватное восприятие реальности, могут возникать странные мысли, нарушаться процесс мышления.

Почему у некоторых людей уровень дофамина повышается, науке пока неизвестно. Зато нам известно, что с этим можно сделать.

Вопрос группе: *как вы думаете, как мы можем повлиять на уровень дофамина в головном мозге? Как мы можем его снизить?*

На этом этапе (особенно если группа настроена негативно в отношении лекарств) можно сделать небольшой экскурс в донейролептическую эру психиатрии.

До того, как изобрели первые препараты, снимающие психоз, люди могли годами без изменений в своем психическом состоянии находиться в больнице. Врачи не могли справиться с состоянием возбуждения пациентов и вынуждены были применять меры стеснения, оказывать шоковые воздействия (обливания холодной водой, позже появился электрошок, инсулиновые комы), в 20 веке в США широко применялась психохирургия – лоботомия. Кстати, в России психиатры активно противились внедрению лоботомии, поэтому у нас в стране этот метод не практиковался. Но именно с тех времен у людей сохраняется страх перед психиатрией, хотя сейчас все изменилось кардинальным образом. И изменилось это благодаря изобретению лекарств, которые могли эффективно и в тоже время бережно воздействовать на психику. Это произошло в 50е годы 20 века, в психиатрии произошла революция – был изобретен первый препарат, который мог влиять на состояние психоза и возбуждения - «аминазин».

Уменьшить уровень дофамина мы можем с помощью лекарств. Они называются антипсихотики (т.е. препараты против психоза) или по-другому нейролептики.

Антипсихотики способны временно блокировать рецепторы дофамина в мозге, таким образом уровень дофамина в нервной системе снижается до состояния нормы. Таким образом, симптомы психоза уменьшаются, а затем и вовсе проходят.

Вопрос группе: *Все ли вам понятно? Есть ли у вас вопросы по функции антипсихотиков (нейролептиков)?*

Антипсихотики являются ключевыми препаратами для снятия (купирования) острого состояния. Их необходимо принимать длительное время для профилактики повторных приступов болезни. Но это не единственная группа препаратов, которые вы получаете в период лечения. Есть еще группы препаратов, у которых есть свои цели и задачи. Давайте подробно рассмотрим каждую группу.

3. *Препараты для коррекции настроения.*

Вопрос группе: *Замечали ли вы у себя какие-то изменения в настроении? И если да, то что именно вы замечали?*

Очень часто одним из болезненных проявлений психики является нарушение настроения. При этом настроение может быть стойко пониженным и такое состояние мы называем депрессией, либо бывает, что настроение колеблется от приподнятого к подавленному, а иногда бывает стойкое состояние эйфории, приподнятого настроения. Все эти состояния относятся к нарушениям настроения и в психиатрии существуют лекарственные средства, которые могут влиять на нарушения настроения.

Одни препараты – это всем известные антидепрессанты. Их применяют, когда у человека наблюдается стойкое снижение настроения. А если настроение колеблется, то применяют препараты, которые называются стабилизаторы настроения или нормотимики.

4. *Побочные эффекты терапии*

Тему побочных эффектов препаратов активно поднимать не стоит, основной фокус занятия должен быть сделан на терапевтических эффектах лекарств. Однако и игнорировать эту тему не следует, особенно если пациенты интересуются побочными эффектами или кто-то из участников группы их испытывает.

Говоря о побочных эффектах необходимо делать акцент на возможности их коррекции и на возможности подбора комфортной схемы лечения.

4а. *Влияние на двигательную систему.*

Возможно кто-то из вас замечал чувство напряжения в мышцах, у кого-то была неусидчивость или ощущение скованности. Эти явления возникают у некоторых людей в качестве побочного эффекта антипсихотика.

В зависимости от уровня активности и интеллектуального запроса группы можно рассказать о нейробиологических основах возникновения экстрапирамидных расстройств (у дофамина имеется влияние на моторную часть нервной системы и блокирование его рецепторов в головном мозге приводит не только к снижению психотических явлений, но также может вызывать временные двигательные нарушения).

Эти явления могут быть довольно неприятными, однако они не опасны для здоровья и могут быть скорректированы. Существует отдельный класс лекарств, который так и называется «корректоры». Эти лекарства быстро снимают ощущения мышечной скованности и неусидчивости.

4б. Влияние на эндокринную систему.

Блокирование дофамина в головном мозге может также приводить к повышению уровня гормона, который называется пролактин. Пролактин есть у всех людей, у женщин его уровень повышается в конце беременности и благодаря этому появляется молоко, которым вскармливается ребенок. Поэтому повышение уровня пролактина – одно из нормальных явлений природы. Пролактин относится к половым гормонам, его повышение под воздействием лекарств может приводить к временным нарушениям менструаций у женщин, выделению грудного молока. Эти явления не опасны для здоровья, но могут быть неприятны для человека. У нас есть возможность скорректировать эти проявления с помощью препаратов, которые понижают уровень пролактина. Уровень пролактина необходимо контролировать раз в полгода при приеме антипсихотиков.

4в. Влияние на вес

Многих пациентов (при ведении группы стоит обращаться адресно) беспокоит повышение веса на фоне приема препаратов или кто-то опасается, что вес может увеличиться. Вообще вес человека зависит только от двух факторов – сколько человек съедает калорий и сколько он их тратит, то есть какая у него физическая активность. Однако под влиянием препаратов у человека может изменяться обмен веществ (замедляться) и поэтому привычное питание и привычный уровень активности может приводить к повышению веса. Сама по себе таблетка не является калорийной. Поэтому вес при приеме препаратов можно контролировать путем регуляции питания и уровня физической активности. Если вы замечаете прибавку в весе выше своей нормы, то стоит проконсультироваться с врачом как лучше изменить свой образ жизни, чтобы вес не повышался.

Вот наиболее неприятные побочные эффекты, с которыми можно столкнуться. Подбор схемы лечения – это всегда попытка найти баланс между достижением основного эффекта и избеганием побочного. Не всегда этот баланс идеален, не всегда удастся полностью избежать побочных эффектов, но мы всегда можем свести их к минимуму.

Вопрос группе: *Что делать, если вы замечаете у себя побочные эффекты? Или если у вас есть подозрение на наличие побочных эффектов?*

Обобщение ведущего: Не все побочные эффекты видны со стороны, врач может их не заметить. Поэтому при подозрении на наличие побочных эффектов необходимо обязательно сказать врачу, о том, что вас беспокоит. Врач совместно с вами примет решение, как лучше поступить в этой ситуации: снизить дозировку, поменять препарат или оставить все как есть. Следует помнить, что:

- побочные эффекты могут возникать в начале лечения, а потом проходить по мере адаптации к препарату;
- польза от приема препаратов, значительно превышает неудобства от побочных эффектов.

5. Способы приема лекарств

Давайте поговорим немного о способах приема лекарств.

Вопрос группе: *Самый распространенный способ приема лекарств «таблетки». Какие вы еще знаете способы приема лекарств?*

Обобщение ведущего: таблетки, инъекции (внутримышечные и внутривенные), пролонги - нейролептики длительного действия.

Пролонг - это раствор нейролептика, который вводят внутримышечно. Препарат создан таким образом, что лекарство высвобождается медленно, и его хватает на две-четыре недели.

б. Длительность и регулярность приема лекарств

Вопрос группе: Как долго надо принимать лекарства?

Обобщение ведущего: Этот вопрос очень серьезно изучается и было проведено множество научных исследований на тысячах пациентов для того, чтобы определить, как долго нужно принимать препараты.

Было доказано, что пациенты с первым приступом психоза должны принимать антипсихотики как минимум в течение 1-3 лет, а больные с повторными приступами на протяжении минимум пяти лет. Некоторые больные вынуждены принимать медикаменты всю жизнь.

Однако, следует помнить, что все индивидуально, продолжительность приема лекарств зависит от многих факторов, прежде всего от течения заболевания.

Вопрос группе: Что случится, если препарат отменить раньше срока?

Обобщение ведущего: При лечении симптомы заболевания могут пройти в течение нескольких недель и может сложиться впечатление и у самого пациента, и у его близких, что болезнь полностью отступила. Обычно в такие периоды люди бросают принимать лекарства. Однако это тактика ошибочна. И сейчас мы разберем почему.

В начале занятия мы говорили о том, что с помощью лекарств нам надо скорректировать уровень дофамина, восстановить нарушения в нервной системе. На самом деле этот процесс длительный. Наша нервная система устроена так, что все обменные процессы в ней происходят медленно. Раньше думали, что нервные клетки не восстанавливаются, теперь мы знаем, что они могут восстановиться, но этот процесс может занять несколько месяцев или даже лет.

Когда лечение начинается, то внешние проявления болезни быстро отступают, но если мы заглянем внутрь нервной клетки, то увидим, что баланс дофамина все еще нарушен. И если на этом этапе бросить принимать лекарства, то симптомы болезни довольно быстро (как правило в течение 2 недель 1 месяца) возникнут вновь. Поэтому даже если вы почувствуете себя полностью здоровыми, самостоятельно бросать прием лекарств не стоит, надо продолжить прием препаратов, и это будет являться профилактикой повторного возникновения симптомов болезни. Менять схему лечения можно только под контролем врача.

Вопрос группе: Как вы думаете, почему люди бросают принимать препараты?

Обобщение ведущего: Обычно существует несколько причин в отказе пациента от приема лекарств.

- самочувствие улучшилось,
- негативное отношение к лекарствам – «лекарства превращают в овощ», «убивают мозг»;
- неприятие болезни и незнание о том, как правильно лечиться;
- нежелание терпеть побочные эффекты;
- кажется, что лекарство недостаточно эффективно;
- сложная схема приема препарата.

Важно правильно относиться к своему заболеванию и не попасть в ловушку общепринятых мифов. Лучший ваш помощник в лечении – это врач. Он может ответить на все возникающие у вас вопросы и сомнения.

ГЛАВА 4. ТЕМА: «СПОСОБЫ СОВЛАДАНИЯ ИЛИ КАК СПРАВЛЯТЬСЯ С БОЛЕЗНЬЮ»

Общие принципы проведения занятия

Цели: формирование представления о способах преодоления (навыки совладания) стойких симптомов болезни, а также стратегии поведения в случае обострения состояния.

Вопросы, требующие освещения на занятии:

- Что такое совладание? С чем необходимо совладать человеку, болеющему психическим расстройством?
- Совладание с острым состоянием (незамедлительное обращение к врачу) и совладание с остаточной симптоматикой (далее разбор способов совладания), а также совладание с последствиями психического заболевания (сложности с возвращением к реальной жизни, переживание травматического опыта психоза и госпитализации в психиатрический стационар).
- Виды совладающего поведения: адаптивные и неадаптивные способы совладания (примеры из личного опыта участников группы), неоднозначные способы совладания (приложение № 4).
- Роль активного сотрудничества с лечащим врачом в качестве адаптивного способа совладания (положительные примеры участников группы активного сотрудничества с врачами-психиатрами (открытость, честность, преодоление стеснения, обучение формулированию более четких вопросов к врачу, роль обратной связи в общении, представление о важности делиться не только симптомами ухудшения самочувствия, но и улучшениями состояния, личными успехами).
- Ответственность пациента за прохождение лечения, соблюдение режима лечения и выполнение повседневных социальных требований.
- Роль самоконтроля в предупреждении частых повторных госпитализаций и сохранении социальных позиций пациента и его семьи.

Задача ведущего:

Сформировать у пациентов понимание, что они являются точно такими же активными участниками процесса лечения, как и медицинские специалисты; сформировать понимание, что наличие симптомов не отменяет социальную активность пациентов – возможно, что не все симптомы уйдут полностью в процессе лечения, однако важно сохранять социальную активность, применять адаптивные способы совладания с болезненной симптоматикой; в то же самое время важно не пропустить момент обострения симптомов и вовремя обратиться за помощью к лечащему врачу.

Информационная цель: проинформировать участников об адаптивных и неадаптивных способах поведения; как не допустить рецидива заболевания и справиться со стрессовой ситуацией; кризисный план действий в случае ухудшения состояния.

Терапевтическая цель: побудить пациента к тому, чтобы он осознал свои возможности в преодолении болезни, понял, какой вклад он сам лично может внести в ухудшение или улучшение собственного состояния.

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «СПОСОБЫ СОВЛАДАНИЯ ИЛИ КАК СПРАВЛЯТЬСЯ С БОЛЕЗНЬЮ»

1. Введение в тему: проблематизация

Наше сегодняшнее занятие называется «Как справиться с болезнью». Сегодня мы будем обсуждать роль пациента в процессе лечения и реабилитации. Мы обсудим те способы и виды самопомощи, которые помогут вам справиться с болезнью и по возможности избежать повторных госпитализаций.

Для начала необходимо отметить, что психическое заболевание может иметь разную форму и проходить через разные фазы. Давайте остановимся на том, какие существуют фазы заболевания. Есть начальный этап заболевания, острый этап и этап стабилизации, за которым следует этап ремиссии (то есть отсутствие симптомов заболевания, которые мешают функционировать). Разберем каждый из них более подробно.

Начальная фаза – для начальной фазы характерны ранние признаки обострения болезни. Мы уже подробно останавливались на них на теме «Распознавание ранних признаков обострения болезни».

Вопрос группе: давайте вспомним какие они?

Обобщение ведущего: Обычно они проявляются нарушениями сна, аппетита, изменениями эмоционального состояния, частичными нарушениями восприятия реальности.

В случае если не предпринимать необходимых действий, заболевание из начальной фазы переходит в острую, что проявляется наличием ярко выраженных психотических симптомов - бред, галлюцинации, значительные нарушения мышления, нарушения поведения. Именно на этой фазе пациент попадает на лечение в стационар. В остром состоянии главную роль играет помощь врача, правильно подобранное им медикаментозное лечение, а также круглосуточное наблюдение за пациентом со стороны медицинского персонала.

2. Основная часть

Вопрос группе: Как вы думаете, какой самый эффективный способ себе помочь в случае возникновения острых симптомов заболевания?

В случае возникновения *острых* симптомов нужно как можно скорее обратиться к врачу или близким людям за помощью: вызвать врача на дом или прийти на прием в диспансер или попросить родственников это сделать, а далее следовать указаниям врача. Другие виды самопомощи в такой ситуации не эффективны и могут ухудшить состояние.

Как и при любом другом заболевании человека госпитализируют в том случае, если врач делает заключение о том, что состояние слишком тяжелое и для лечения такого состояния требуется серьезная терапия и постоянное наблюдение, то есть в домашних условиях лечить такое состояние невозможно и опасно. Человек может даже погибнуть, если его не положить в больницу.

После улучшения состояния и снятия острых симптомов наступает этап стабилизации. Эта фаза характеризуется ослаблением острых симптомов. Тем не менее, проявления болезни по-прежнему остаются. Обычно на этой фазе пациент из стационара переходит на лечение в полустационарные подразделения больницы (дневной стационар) и большую часть времени проводит дома.

Именно на этой фазе лечения от пациента требуется максимальная включенность в процесс лечения, а также выработка стратегий, которые могут помочь справиться с продолжающейся болезнью. Именно об этих стратегиях мы будем сейчас говорить.

Вопрос группе: *Как вы думаете, какие проблемы и сложности могут у вас возникнуть после выписки из стационара?*

Обобщение ведущего:

- Перенесение психоза и пребывание в больнице является психотравмирующим событием в жизни человека и его близких. Это событие необходимо пережить, осмыслить этот опыт, понять, как выстраивать жизнь дальше – как жить с хронической психической болезнью.
- Часто после госпитализации в психиатрическую больницу возникают сложности с возвращением к повседневной жизни: сложно вливаться в обычную жизнь, возвращаться к взаимодействию с привычным окружением бывает очень тревожно. На этом этапе пациенты часто имеют трудности с общением. Волнуют следующие вопросы: «как мне теперь общаться со знакомыми и родственниками?», «как мне рассказать, что со мной происходило?», «поймут ли они меня?», «не отвернутся ли они от меня и не будут ли считать сумасшедшим?». Эти тревоги часто приводят к замкнутости или формальному общению. И возникает сложная ситуация – в этот период наиболее важна поддержка близких, но часто возникает чувство стеснения при общении с людьми «из прошлой жизни» из-за боязни непонимания или отвержения. Появляется вопрос: кому и как можно рассказывать про свою болезнь и стоит ли это делать вообще?
- Необходимость длительно принимать лекарства также может стать проблемой. Надо наблюдаться у врача, постоянно пить таблетки, возможно, переносить неприятные побочные эффекты.
- У людей, которые пережили психотический эпизод, может проявиться остаточная симптоматика или развиваться так называемая «постпсихотическая депрессия». В связи с этим пациент после выписки из стационара может увидеть у себя следующие симптомы: это упадок сил, тоска, нежелание общаться, утрата интереса к окружающему и повседневной деятельности, снижение аппетита.
- Также после перенесенного психоза может возникнуть страх возврата острого состояния. Человек озабочен тем, что состояние может ухудшиться, придется снова лечь в больницу, еще раз все это пережить. Кроме того, на психологическом уровне появляется заниженная самооценка, чувство стыда и неполноценности, которые влияют на деятельность пациента.
- Все вышеперечисленное может провоцировать у человека чувство отчаяния, ощущение, что жизнь закончилась, могут возникать мысли о нежелании жить. Самое главное, что нужно помнить в этот момент – возможности медицины сейчас позволяют восстановить свою психику! Но важно этими возможностями воспользоваться.

Вопрос группе: *Как вы думаете, что нужно делать, чтобы справиться с проблемами, перечисленными выше?*

Обобщение ведущего:

1. *Продолжить принимать назначенную лекарственную терапию и поддерживать постоянный контакт с лечащим врачом.*

Без консультации лечащего врача не менять схему лечения, открыто и честно сообщать врачу о своем состоянии/симптомах, не стесняться и не бояться собственного состояния, продумывать заранее и четко формулировать вопросы к врачу.

2. *Развивать навыки самонаблюдения.*

Обращать внимание на качество сна, настроение, количество сил, наличие первых признаков ухудшения состояния. Самонаблюдение и адекватная оценка собственного состояния важны для того, чтобы правильно подобрать нагрузку и распланировать день, четко рассказать врачу о том, что с вами происходит, вовремя обратиться за помощью, если есть необходимость.

3. Умеренность или сбалансированность.

Важно вести сбалансированный образ жизни с учетом ограничений, которые накладывает болезнь. В работе/учебе, в повседневных делах, занятиях спортом, увлечениях следует находить «золотую середину» - не перегружать себя, но и не избегать активности. Часто одна из ключевых ошибок пациентов заключается в стремлении после выписки как можно быстрее вернуться к активному образу жизни – большому количеству дел, контактов с окружающими. При этом часто не учитывается текущее состояние, специфика течения заболевания. Либо происходит противоположная ситуация: человек пассивно ждет, когда «все пройдет», не предпринимает попытки преодолеть неприятные ощущения и взяться за дела. Пассивность замедляет процесс выздоровления.

4. Планирование дня и режим.

Следует создать для себя совместно с врачом подходящий режим дня и придерживаться его, планировать посещения врача, повседневные занятия. День должен быть распланирован, вы должны знать, чем будете заниматься. Необходимо нормализовать режим сон/бодрствование - вовремя ложиться спать, иметь определенное количество сна, не залеживаться в постели.

5. Активность, направленная на ценности.

День не должен быть пустым (особенно, если нет работы/учебы), следует наполнять свою жизнь занятиями, которые вызывают интерес. Это могут быть хобби, чтение книг, прогулки, спорт и т.п. Подобная активность должна обязательно входить в запланированную структуру дня и подчиняться принципу умеренности.

6. Социальная поддержка.

Необходимо создать для себя круг общения из людей, которым вы доверяете, готовы рассказать о своей болезни, которые поддержат вас в трудную минуту. Это могут быть родственники, близкие друзья, другие пациенты или специалисты. О своих личных проблемах и болезни следует рассказывать людям, которых вы хорошо знаете и готовы довериться.

7. Регуляция эмоций.

Необходимо найти способы, которые могли бы помочь вам справиться с нестабильными эмоциональными состояниями: тревога, грусть, обида, раздражение, злость. Например, снизить уровень тревоги может помочь прослушивание музыки, прогулки, творчество, спорт, общение. Если вы не в состоянии самостоятельно найти такие способы, необходимо обратиться к квалифицированному клиническому психологу.

Теперь давайте рассмотрим, что не нужно делать, если вы пережили психотический эпизод.

- Употреблять психоактивные вещества (наркотики, алкоголь).
- Бросать лечение. Категорически нельзя самостоятельно отказываться от приема препаратов даже в случае улучшения состояния.
- Сильно нарушать режим дня (не спать/не есть) и подвергать себя чрезмерным эмоциональным и физическим нагрузкам.
- Оставаться в одиночестве.

Обобщение ведущего:

После выхода из острого состояния начинается этап стабилизации, постепенного восстановления. Этот период характеризуется снижением острых симптомов, но проявления болезни еще могут частично оставаться. Однако постепенно возвращаться к активной жизни необходимо, как только будет позволять состояние, чем раньше, тем лучше. На этом пути человек может сталкиваться с определенными сложностями: настроение может оставаться нестабильным, может быть ощущение нехватки сил и энергии, могут быть сложности взаимодействия с окружающими, с возвратом к привычной деятельности, с пристраиванием на новый образ жизни с учетом заболевания. Чтобы справиться с проблемами, возникающими в этот период, необходимо следовать определенным правилам и обладать определенным набором навыков и умений:

- продолжать принимать назначенную лекарственную терапию и поддерживать контакт с лечащим врачом;
- развивать навыки самонаблюдения;
- в повседневных делах, занятиях, увлечениях придерживаться правила умеренности/сбалансированности;
- создать совместно с врачом подходящий режим дня, планировать день;
- наполнить свою жизнь занятиями, которые вызывают интерес;
- создать для себя круг общения из людей, которым вы доверяете;
- найти способы, которые помогают справиться с нестабильным эмоциональным состоянием.

Следует помнить, если вы пережили психотический эпизод, нельзя употреблять алкоголь или наркотики, самостоятельно прерывать лечение, сильно нарушать режим дня, подвергать себя чрезмерным эмоциональным нагрузкам, оставаться в одиночестве.

Самое главное, о чем не стоит забывать даже в самые тяжелые периоды – болезнь можно преодолеть.

ГЛАВА 5. ТЕМА: «ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

Общие принципы проведения занятия

Цели: формирование представления о видах психиатрической помощи, доступных в системе психиатрической службы; формирование представления об этапах лечения, о длительности лечения, о возможностях получения помощи в случае изменения психического состояния.

Вопросы, требующие освещения на занятии:

- Информирование об этапах психиатрической помощи (этап активного лечения в стационаре, продолжение лечения в дневном стационаре, этап поддерживающего лечения в диспансере)
- Цели лечения в стационаре: снятие острого, угрожающего безопасности состояния, точная диагностика, терапевтическая среда (режим дня, общение с врачами и медицинским персоналом), активное лечение и подбор лекарств;
- Дневной стационар (продолжение активного лечения при возвращении к своим повседневным обязанностям дома и в семье, т.е. начало адаптации в привычной жизни);
- Наблюдение у участкового психиатра – необходимость регулярного контроля состояния, контроль эффективности и переносимости лекарственной терапии, решение социальных вопросов при необходимости.
- Что делать, если состояние ухудшилось? (информирование лечащего врача в диспансере, вызов бригады ПОНП).
- Виды неотложной помощи: ПОНП, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи
- Телефон доверия

Задача ведущего:

Задача ведущего сформировать у участников группы представление о том, как работает психиатрическая служба, какова логика в этапах лечения, в каком случае, куда и как следует обращаться за помощью. У пациента должно возникнуть понимание, как связаны этапы течения его болезни с той формой помощи, которая предлагается на каждом из этапов (стационар, дневной стационар, амбулаторное лечение и т.п.). У пациента должно сформироваться понимание, что его лечащий врач – это его главный союзник на пути к выздоровлению.

Информационная цель: проинформировать участников о видах психиатрической помощи, которые оказываются в зависимости от этапа лечения психического заболевания.

Терапевтическая цель: научить пациента правильно и осознанно пользоваться услугами, доступными в системе психиатрической службы.

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

1. Введение в тему: проблематизация

Наша тема сегодня «Преемственность психиатрической помощи». Мы будем говорить о том, как устроена вся система психиатрической помощи, чтобы вы понимали, как можно правильно этой системой пользоваться, куда следует обращаться за помощью и в каких случаях. Мы поговорим о том, какие этапы лечения вам предстоит пройти после выписки из стационара и как правильно спланировать свое лечение, чтобы не допускать ухудшения состояния. Мы обсудим какая помощь может быть оказана в больнице, а какая после выписки домой, а также подразделения больницы, в которых эта помощь оказывается.

Вопрос группе: *Есть среди вас кто-то, кто уже раньше обращался за психиатрической помощью? Есть кто-то, кто госпитализируется не первый раз? Кроме стационара, куда вы еще обращались за помощью (диспансер, дневной стационар)?*

Данный опрос позволяет выявить участников группы, которые могут поделиться своим опытом. Мотивируя данных участников на высказывания, можно на их примере демонстрировать правильные или ошибочные шаги, которые совершают пациенты в процессе лечения. Примеры из реальной жизни делают занятие более убедительным. Хорошо, если опытные участники сами смогут сформулировать какие ошибки они допустили, а когда их решения шли им на пользу.

Обобщение ведущего: Современные московские психиатрические клиники имеют разные подразделения, каждое из которых выполняет свою задачу. Как мы уже говорили, у хронического заболевания есть разные фазы: начальная, острая, фаза стабилизации и ремиссии. Человек проходит через все эти фазы, а условия для лечения каждой из них необходимы разные. Современная психиатрическая служба организована так, чтобы лечение было максимально последовательно и структурировано.

2. Основная часть

Давайте теперь поговорим о тех подразделениях, которые есть в нашей больнице.

1. Стационарная психиатрическая помощь

Мы сейчас находимся в психиатрическом круглосуточном стационаре. Давайте начнем обсуждение с него.

Вопрос группе: *Какие цели и задачи выполняет круглосуточный стационар?*

Обобщение ведущего: Психиатрический стационар – это специализированное подразделение, где пациент находится под круглосуточным наблюдением медицинского персонала и получает интенсивное лечение. При поступлении пациент прикрепляется к лечащему врачу, который диагностирует заболевание и в соответствии с диагнозом подбирает терапию. Пребывание в стационаре показано пациентам, которые находятся в остром состоянии (психоз), когда уже невозможно справиться с симптомами болезни вне больничных условий. Такое состояние очень опасно еще и тем, что пациент может причинить значительный вред как себе, так и своему окружению.

Как и при любом другом заболевании, человека госпитализируют в том случае, если врач делает заключение о том, что состояние слишком тяжелое и для лечения такого состояния требуется серьезная терапия и постоянное наблюдение. Цели и задачи

психиатрического стационара не отличаются от целей и задач любых других стационаров.

Пример: если человек попал в серьезную аварию и есть повреждения внутренних органов, серьезные травмы, то обычно пациента госпитализируют в больницу, где ему оказывают необходимый уход, так как его жизни угрожает опасность и сам он не в состоянии о себе позаботиться.

2. *Полустационарная психиатрическая помощь: дневной стационар*

Обычно после уменьшения острых симптомов болезни пациента переводят на следующий этап лечения.

Вопрос группе: *Кто-то уже бывал в дневном стационаре? Кто-нибудь знает для чего он предназначен, какие лечебные мероприятия в нем проводятся?*

Обобщение ведущего: Дневной стационар – это промежуточный этап между больницей и лечением в домашних условиях. Пациент часть дня или целый день проводит в дневном стационаре, а оставшуюся часть суток дома. Таким образом, пациент, с одной стороны, имеет возможность получать активную терапию, быть под наблюдением специалистов, но в то же время не оказывается изолированным от семьи, дома, имеет возможность общаться с друзьями, заниматься повседневными делами. При выписке в дневной стационар пациент находится еще в нестабильном психическом состоянии и по-прежнему нуждается в частых встречах с врачом-психиатром. Пациент продолжает принимать лекарства, в дневном стационаре работают клинические психологи, проводящие реабилитационные мероприятия. Обычно пребывание в дневном стационаре длится 40 дней. Но окончательный срок пребывания обсуждается с лечащим врачом.

Вопрос группе: *Как вам кажется, какая необходимость была в создании дневного стационара, если есть круглосуточный стационар, где пациент может пройти лечение?*

Обобщение ведущего: Давайте посмотрим на этот вопрос в историческом контексте. Еще совсем недавно, 10-15 лет назад пациенты могли находиться в больнице по несколько месяцев. И естественно после выписки домой возникали большие сложности в возвращении к самостоятельной жизни. Пациент длительное время находился в условиях больницы, где его деятельность, распорядок дня контролировалось медицинским персоналом, а сам он находился в роли «больного» - отвыкал от привычных нагрузок, необходимости решать проблемы, что-то преодолевать. В результате сложно было вливаться в привычную жизнь, восстанавливать социальные связи (человек отвыкает от работы, семьи, от привычного круга общения). Во многом именно из-за данной причины было создано подразделение, в котором, с одной стороны, пациент может получать необходимую медицинскую помощь, а с другой, находиться в привычных для себя жизненных условиях. Во всех остальных медицинских специальностях также стремятся сократить нахождение в больнице до минимума именно из-за того, что чем раньше человек возвращается к своей обычной жизни, тем быстрее идет восстановление от болезни.

3. *Амбулаторная психиатрическая помощь: диспансер*

После того, как пациента выписывают из дневного стационара, его направляют в диспансер для наблюдения у участкового психиатра. Диспансер по-другому называется психоневрологический диспансер или ПНД.

Вопрос группе: *Кто-нибудь уже наблюдался в ПНД? Чем лечение в ПНД отличается от стационарного лечения?*

Обобщение ведущего: В ПНД пациент проходит лечение находясь в достаточно стабильном психическом состоянии. Как мы знаем из предыдущих занятий, даже отсутствие острых симптомов требует длительного наблюдения со стороны врача ввиду того, что психические заболевания имеют, как правило, хроническое течение и риск обострения состояния первое время высок. Однако, необходимость в постоянном наблюдении постепенно снижается. Интенсивность посещений обсуждается с участковым лечащим врачом и зависит от состояния пациента. Частота встреч может варьироваться от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц и реже. Работа ПНД по своей структуре и содержанию очень похожа на работу обычной поликлиники, где за участковым лечащим врачом-психиатром закреплена определенная территория. В случае необходимости, если пациент по каким-либо причинам (например, из-за физического недомогания или болезни) не может посетить своего участкового психиатра в назначенное время, он может вызвать своего участкового лечащего психиатра на дом.

В ПНД кроме врачей-психиатров работают психологи и психотерапевты, они оказывают психологическую поддержку пациенту и его родственникам. В ПНД проводятся различные группы, направленные на формирование навыков, необходимых для выздоровления, а также на снижение психоэмоционального напряжения. В случае если есть проблемы с социальной адаптацией, можно обратиться за помощью к социальному работнику. Социальный работник может помочь в решении юридических вопросов, в восстановлении в учебе, в поиске работы. ПНД помимо лечебной задачи носит также профилактическую, направленную на поддержание пациента в стабильном психическом состоянии.

Кризисный план

Давайте теперь разберем, что делать, если вас выписали из больницы, вы находитесь дома и чувствуете, что вам стало хуже, состояние обостряется.

Вопрос группе: *Какие варианты вы можете предложить?*

Обобщение ведущего: Самое первое, что вы можете сделать - это прийти в диспансер на прием к лечащему врачу и рассказать ему о своем состоянии. Не стоит бояться, что врач вас отправит в больницу. Если вы придете к нему вовремя, как только почувствуете себя хуже, этого не произойдет. Врач может поменять схему лечения, возможно, направит вас на какое-то время в дневной стационар. Госпитализация может потребоваться только в случае очень плохого состояния.

Вопрос группе: *А что можно сделать, если состояние изменилось в выходные дни или ночью?*

Обобщение ведущего: Для таких случаев предусмотрены специальные службы, которые работают круглосуточно. Давайте о них поговорим.

4. Телефон доверия

В нашей больнице работает телефон доверия. Это круглосуточная служба кризисной помощи. Позвонить на телефон доверия можно в случае ухудшения психического состояния, если стали появляться мысли о нежелании жить или вам морально тяжело и нужна поддержка специалиста. Сотрудники телефона доверия – это психологи и психиатры. Поэтому они не только смогут вас выслушать и оказать

эмоциональную поддержку, но и подскажут, что делать в той или иной тяжелой жизненной ситуации.

Вопрос группе: *У кого-то уже был опыт обращения в телефон доверия? Не могли бы вы рассказать про этот опыт?*

5. *Неотложная психиатрическая помощь*

Поскольку речь идет о хроническом заболевании, не смотря на лечение и различные профилактические мероприятия состояние может, к сожалению, все равно ухудшаться. Что делать в таком случае? Если есть возможность, следует незамедлительно обратиться к своему лечащему врачу, если такой возможности нет или состояние слишком критично (есть необходимость в срочной помощи), надо вызвать неотложную помощь на дом. Преимущество неотложной помощи при нашей больнице в том, что ее сотрудники являются сотрудниками больницы, а значит у них есть возможность ознакомиться с вашей историей болезни, иметь точную информацию о вашем заболевании и предыдущем лечении.

У пациентов часто присутствует страх, что вызов врача на дом обязательно приведет к госпитализации в стационар. Это не совсем верно. Задача неотложной помощи – по возможности стабилизировать состояние на дому, снизить острые проявления болезни. Лишь незначительное число вызовов заканчивается госпитализацией. Врач неотложной помощи может также оповестить вашего участкового психиатра об ухудшении состояния, проинформировать, что в данный момент времени за вашим состоянием необходим более пристальный контроль. С появлением неотложной помощи при больнице число повторных госпитализаций значительно снизилось.

Обобщение ведущего:

Итак, современная психиатрическая больница имеет четкую структуру и набор подразделений, что позволяет сопровождать пациента на протяжении всех этапов заболевания и оказывать ему соответствующую помощь. Основные подразделения больницы это: стационар круглосуточного пребывания, дневной стационар и ПНД. Круглосуточный стационар предназначен для коррекции острого состояния, задача дневного стационара – стабилизировать состояние для возвращения пациента в повседневную жизнь, в ПНД проводится наблюдение и лечение в случаях, когда постоянный контроль за состоянием здоровья не нужен, но лечение все еще требуется.

Для снятия психоэмоционального напряжения и оказания помощи в кризисной ситуации существует телефон доверия. В случае ухудшения самочувствия следует вызывать неотложную помощь.

В конце данного занятия пациентам необходимо выдать памятки с сайтом больницы, контактами Телефона доверия и неотложной помощи (ПОНП). В данные памятки также можно включить контакты общественных организаций.

ГЛАВА 6. ТЕМА: «СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ»¹

Общие принципы проведения занятия

Цель: формирование у пациентов представления о терапевтическом эффекте «социальных связей» - отношений со значимыми близкими людьми, а также врачом-психиатром в период лечения.

Вопросы, требующие освещения на занятии:

- Понятие «социальные связи» и их значение для процесса терапии и реабилитации.
- Функции «социальных связей» и их роль в процессе терапии.
- Значимое окружение пациентов как фактор терапевтического влияния на лечение.
- Определение понятия «ролевого перехода», как закономерного этапа принятия болезни пациентом.
- Роль врача – психиатра и других специалистов в контексте социальных связей пациента.

Задачи ведущего:

Донести до пациентов важность социального окружения во время прохождения реабилитации. Повысить уровень знаний и достичь понимания сущности и значения социальных связей, как со значимыми близкими, так и с врачом-психиатром. Прояснить содержание понятия «ролевой переход», его значение в начальном периоде заболевания, как фактора существенно влияющего на качество лечения.

Информационная цель: проинформировать участников о значении социальных связей, роли ближайшего окружения и профессионалов в лице врача, психолога и социального работника для успешного восстановления пациента.

Терапевтическая цель: способствовать тому, чтобы пациенты не избегали социальных контактов, не стремились к изоляции и могли строить адекватные жизненные планы, касающиеся своего социального функционирования.

¹ Данное занятие проводится в рамках психообразования пациентов в дневном стационаре

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ»

1. Введение в тему: проблематизация

Тема нашего сегодняшнего занятия «Социальные связи» и мы будем говорить о той роли, которую играют окружающие вас люди в процессе вашего восстановления. На предыдущем занятии мы уже немного упоминали, что наличие поддерживающего окружения является одним из ключевых факторов, который помогает справиться с заболеванием. Сегодня мы хотим более подробно раскрыть эту тему, выделить, какие уровни окружения у человека существуют и какую помощь в случае заболевания могут оказывать окружающие люди.

Вопрос группе: *Как Вам кажется, зачем нам нужны окружающие люди? Какую роль они играют в нашей жизни?*

Обобщение ведущего: С самого рождения человек находится в постоянном взаимодействии с другими людьми. Благодаря взрослым ребенок получает необходимую защиту, заботу и уход, учится взаимодействовать с другими, взрослеет и постепенно входит в мир взрослых людей. Потребность в отношениях с другими людьми для человека фундаментальна, и эта потребность активизирована на протяжении всей жизни. Одному человеку невозможно было бы выжить. Без эмоциональной поддержки человек никогда бы не чувствовал всей полноты жизни. Без окружающих людей, в конечном итоге, никогда не стал бы «человеком» в прямом смысле слова, так как именно благодаря своему окружению человек усваивает знаковую систему, символы, что в конечном итоге формирует речь, а также возможность мыслить и осознавать себя, чего лишены животные.

Теперь давайте попробуем классифицировать и выделить функции человеческого взаимодействия:

1) Прежде всего люди общаются для обмена информацией, которая помогает ориентироваться и адаптироваться в жизни, приобретать новые знания, необходимые умения.

Пример: наше психообразование направленно на то, чтобы информировать вас о специфике заболевания, что поможет вам научиться с ним справляться.

2) Для совместной деятельности. Человек существо «социальное» - существует множество видов деятельности и проблем, с которыми человек не в состоянии справиться в одиночку.

Пример: Если мы хотим добраться до другого конца Москвы, нам необходим общественный транспорт, которым управляют другие люди (машинист, таксист, водитель автобуса)

Если мы заболели, то нам нужен человек, который умеет диагностировать и лечить болезнь (врач)

3) Для эмоциональной поддержки и удовлетворения эмоциональных потребностей: эмоции - это топливо жизни, человеку необходим эмоциональный контакт с окружающими, чтобы чувствовать себя любимым, ценным и важным, чтобы получать поддержку в сложную минуту и самому заботиться о любимых людях. Именно эмоции указывают, хорошо нам или плохо, и насколько мы удовлетворены своей жизнью. Эмоциональные переживания включены в структуру человеческой мотивации, которая помогает человеку выполнять ту или иную деятельность.

Вопрос группе: *Все ли согласны с данной классификации? Или вы еще хотели бы что-нибудь добавить?*

Обобщение ведущего: Если посмотреть на все наше социальное окружение, то мы увидим большое количество людей и с каждым из них у нас могут быть разные отношения. Некоторых людей мы считаем близкими (друзья, родственники), с некоторыми людьми отношения формальные и могут выстраиваться, например, вокруг профессиональной деятельности (начальник - подчиненный), некоторые люди вызывают множество положительных эмоций, взаимодействие с другими, наоборот, вызывает желание закрыться и не общаться. В конечном итоге нашим отношениям с людьми можно дать разную характеристику: близкие – дистантные, открытые – закрытые, профессиональные – личные, дружеские – любовные.

Если говорить о болезни и процессе выздоровления, то для того, чтобы справиться с болезненным состоянием, нам нужна помощь разных людей из нашего окружения, которые могут выполнять разные функции, эти люди могут относиться к разным социальным группам, но, несмотря на это, оказывать одинаково ценное и важное воздействие на нас.

2. Основная часть

Уровни окружения и их влияние на процесс восстановления

Теперь давайте поговорим об уровнях вашего окружения и их роли в процессе восстановления. Первый уровень окружения – это близкие люди. Второй уровень - это профессионалы, которые помогают вам справиться с болезнью и ее последствиями, а также наши знакомые, коллеги, сокурсники, соседи и многие другие.

И начнем мы с обсуждения тех людей, которых мы считаем «близкими».

Вопрос группе: *Каких людей вы считаете для себя близкими? По каким характеристикам вы определяете - это для вас близкий человек, а этот нет?*

Обобщение ведущего: Близкие люди или поддерживающее окружение - ими обычно являются члены семьи, а также близкие друзья, то есть, те люди, с которыми у нас продолжительное время установлены эмоционально близкие, стабильные отношения и которые оказывают нам эмоциональную поддержку, уход и заботу, дают ценные указания и находятся вместе с нами в сложные периоды жизни. Это люди, с которыми мы можем поделиться своими переживаниями, не бояться быть отвергнутыми.

В период болезни наличие близкого поддерживающего окружения фундаментально необходимо, особенно в виду тех ограничений, которые накладывает на человека болезнь. Часто пациенту необходим уход, помощь в выполнении привычных для него видов деятельности. Близкие люди также могут наблюдать за психическим состоянием со стороны и информировать пациента об обострении болезни, а также своевременно оповещать об этом лечащего врача.

Кроме того, «близкие» могут помочь справиться с болезненными переживаниями, которые возникают, когда человеку приходится отказываться от своих жизненных планов из-за развития заболевания. Значительную перемену образа жизни в психологии называют «ролевым переходом».

«Ролевым переходом» обычно называют сложный, стрессовый этап в жизни, когда человек в силу определенных событий теряет возможность выполнять свои привычные функции и роли. В течение жизни человек много раз переживает ролевой переход. Например, в период окончания школы, переезда в другой город, вступления в брак, утраты близкого. Достаточно часто этот период сопровождается болезненными переживаниями. По сути, ролевой переход - это этап жизни, когда человек утрачивает возможность обращаться к своему накопленному опыту, полноценно использовать свои навыки, отсутствует понимание, как действовать в новой для себя жизненной ситуации.

Психическое заболевание является тяжелейшим «ролевым переходом», это связано, как мы уже отмечали, с тем, что человеку необходимо столкнуться с рядом ограничений, которые накладывает болезнь на привычную деятельность и функционирование. Одному человеку сложно пережить этот период, и ему нужны прочные доверительные отношения с окружающими, которые могли бы принять его в новой роли, и от которых он мог бы получить эмоциональную поддержку.

Стоит отметить, что «новая роль» - это вовсе не значит роль больного человека – это роль, в которой человек понимает свои жизненные ограничения и выстраивает свою жизнь, находя в себе новые ресурсы, формируя новые навыки, ориентируясь при этом на свои ценности.

Вопрос группе: *Каким образом близкие люди помогают вам справляться с болезнью? Чувствуете ли вы поддержку от них? Какие сложности у вас возникают во взаимодействии с ними?*

Обобщение ведущего: Теперь давайте рассмотрим второй уровень поддержки: к нему относятся врачи, психологи и социальные работники. Чтобы лучше понять значение этого уровня, давайте познакомимся с такими понятиями, как «социальные контакты» и «социальная включенность».

«Социальные контакты» – позволяют нам чувствовать включенность в мир человеческих отношений. Это помогает ощущать себя полноценной личностью, занимающейся разной социальной деятельностью и выполняющей разные социальные функции, что в итоге формирует ощущение востребованности, «социальную включенность».

К социальным контактам мы относим наших знакомых, коллег по работе, сокурсников в институте, всех тех людей, с которыми мы связаны разными видами деятельности, увлечениями и обязательствами. С социальным окружением мы проводим не так много времени, и эмоциональные связи не такие прочные, как с близкими людьми, но наличие таких контактов является не менее важным для человека. Это связано тем, что человеку важно ощущать свое положение в социуме, свою профессиональную роль, быть принятым другими людьми и уметь выстраивать с ними взаимодействие. Не случайно врачи и психологи всегда обращают внимание на круг общения человека – ограничивается ли он только семьей или человек способен сформировать отношения вне близкого круга. На основании этой информации делается вывод о степени социальной адаптации человека, степени его социальной включенности. Оптимальным считается наличие у человека близких связей, а также социальных связей вне семейного круга.

Часто болезнь приводит к сокращению или разрыву социальных контактов, формированию социального дефицита, что создает основу для психологического неблагополучия. Это может проявляться в переживаниях изоляции, ненужности, страхом перед социальными контактами, снижением чувства уверенности в своих силах, а в некоторых случаях развитию или усилению депрессивной симптоматики.

Любой разрыв социальных контактов из-за психической болезни обычно вызван двумя факторами.

К первому относятся объективные ограничения, которые накладывает на человека болезнь, что приводит к значительному уменьшению времени для социальных контактов, а некоторые контакты теряют актуальность из-за того, что прекращается деятельность, которая сопряжена с взаимодействием с определенными людьми.

Второй фактор – субъективный, психологический: человеку сложно вернуть привычные социальные контакты из-за стыда за свое состояние, тревоги или нарушения коммуникативных навыков. Например, человек начинает страдать социальными страхами, появляется страх быть отвергнутым, непонятым, высмеянным, человек может

стыдиться своего состояния, проявления болезни, что в итоге приводит к избеганию общения.

Вопрос группе: *Есть ли у вас социальные и психологические проблемы, которые появились в результате болезни? Пытались ли вы уже с ними справиться?*

Обобщение ведущего: Специалисты, оказывающие профессиональную медицинскую, психологическую и социальную помощь – являются нашими проводниками в период болезни, без которых невозможно было бы с ней справиться, и в период восстановления и возвращения к обычной жизни.

Первым и главным на этом этапе является, конечно же, врач. Стабильный, доверительный контакт с лечащим врачом является залогом успеха в процессе восстановления. Важно следовать предписаниям врача, делиться информацией о своем состоянии, обсуждать проблемы, делиться сомнениями.

Несмотря на то, что формально медицинские отношения находятся в рамках процесса врач-пациент, данные отношения все равно являются аспектом человеческих отношений, в котором взаимное понимание, уважение, эмоциональный обмен являются важной составляющей. Несмотря на распространенное мнение, что встреча с врачом предполагает выдачу врачом инструкций и рекомендаций, а пациент должен выполнить эти предписания, роль пациента в лечебном процессе отнюдь не должна быть пассивной, а наоборот, пациент является активным участником процесса, от которого не меньше зависит исход лечения. Поэтому от поведения пациента, от стиля его коммуникации с врачом тоже зависит результат лечения.

Для того, чтобы улучшить процесс взаимодействия с лечащим врачом, постарайтесь воспользоваться нашими *советами*:

1. Старайтесь полностью выполнять предписания врача касательно медикаментозного лечения, распорядка дня, медицинских и психосоциальных процедур. Помните, что врач — это профессионал, получивший медицинское образование, являющееся одним из самых сложных и долгих в обучении.
2. Старайтесь активно участвовать в диалоге с врачом, интересуйтесь лечением, задавайте вопросы, уточняйте, если что-то является для Вас непонятным
3. Обязательно готовьтесь к встрече с врачом. Продумайте вопросы, отслеживайте и собирайте дополнительную информацию о своем состоянии между консультациями. Помните, что чем больше информации вы предоставите врачу, тем более полноценно он сможет оценить ваше состояние и оказать необходимую медицинскую помощь.
4. В ходе консультации не пытайтесь подавлять свои негативные эмоции, даже если они возникают в отношении врача. Если вам что-нибудь не нравится, возникло недопонимание, обида, постарайтесь в корректной форме донести эту информацию вашему лечащему врачу. Помните, что все мы живые люди, и можем сталкиваться с недопониманием или просто ошибочно воспринять то или иное событие.

Как мы уже говорили, любой разрыв социальных контактов из-за психической болезни обычно вызван двумя факторами.

К первому относятся объективные ограничения, которые накладывает на человека болезнь. Второй фактор психологический: человеку сложно вернуть привычные социальные контакты из-за психологических проблем, которые возникают у человека вследствие психической болезни: из-за стыда за свое состояние, страха быть отвергнутым, не понятым, тревоги или утраты коммуникативных навыков. На этом этапе очень важна эмоциональная и психологическая поддержка. Поэтому так важно не пренебрегать психологической помощью, которую может оказать психолог. Помощь психолога может быть в форме индивидуальных бесед с пациентом или с его родственниками, а также в форме групповых занятий. Психологи помогают пациенту

справиться с психологическими сложностями, которые возникают вследствие болезни, найти внутренние ресурсы для преодоления этих сложностей. В том числе психолог может помочь проанализировать ваше социальное окружение и увидеть в нем возможности для поддержки и научить выстраивать коммуникацию с окружающими таким образом, чтобы эту поддержку получать.

Необходимым звеном успешной реабилитации является помощь социального работника.

Не секрет, что помимо общих социальных трудностей, которые присущи любой части населения в кризисной ситуации, люди, страдающие психическим заболеванием, могут быть особенно уязвимыми в социальном отношении, могут испытывать сложности во взаимодействии с государственными учреждениями – сложности с оформлением академического отпуска, различных льгот, поиском работы и прочее.

Задачами социального работника как раз являются помощь во взаимодействии с различными учреждениями, осуществление социальной поддержки, в особенности, касающейся работы и учебы.

Общие принципы проведения занятия

Цель: формирование у пациентов представления о психозе, его типичных проявлениях: нарушениях мышления, галлюцинациях и бреде, формирование представления о связи между пониманием симптомов психического заболевания и осознанным отношением к заболеванию, а также к лечению.

Вопросы, требующие освещения на занятии:

- Понятие симптомов психоза и его наиболее типичных проявлений
- Определение понятия «галлюцинации» и их разновидностей (зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные).
- Определение понятия «бред» и примеры его проявления.
- Формирование представления о видах нарушений мышления.

Задачи ведущего:

Задача ведущего побудить участников группы к сопоставлению известных специалистам проявлений заболевания с собственным опытом - вспомнили личные примеры обострения болезни и симптомы этому предшествовавшие. Прояснить содержание понятия «психоз», его проявление в процессе заболевания, как фактора существенно влияющего на качество терапевтического процесса лечения.

Информационная цель: проинформировать участников о типичных проявлениях психоза

Терапевтическая цель: способствовать формированию эгодистонного и критического отношения к психотическому опыту.

² Это занятие проводится в рамках психообразования пациентов в дневном стационаре

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, БРЕД, НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ»

1. Введение в тему: проблематизация

Наша тема сегодня «Галлюцинации, бред, нарушения мышления». Мы будем говорить о симптомах психоза, то есть о симптомах, связанных с нарушением восприятия реальности. Мы обсудим наиболее типичные проявления, которые обнаруживаются у людей, находящихся в психотическом состоянии. К типичным проявлениям острого состояния обычно относят бред, галлюцинации, нарушения мышления. Наличие этих симптомов обычно приводит к госпитализации.

Если у человека психоз, это не значит, что он обязательно испытывает все симптомы, о которых мы будем сегодня говорить. Но некоторые из них, как правило, обязательно присутствуют.

Вопрос группе: *Как вы думаете, почему мы будем сегодня обсуждать эту тему? Почему важно знать основные симптомы психоза?*

Обобщение ведущего: Состояние психоза – тяжелое состояние, которое требует незамедлительной врачебной помощи. Человек, находящийся в психозе, утрачивает контакт с реальностью, он может воспринимать как действительность то, что на самом деле действительностью не является. Он может слышать «голоса», которых на самом деле нет, видеть вещи, которых нет, его мысли путаются, ему сложно перерабатывать информацию, которую он получает из внешнего мира. В таком состоянии человек оказывается плохо ориентированным: в своих действиях он может руководствоваться несуществующей реальностью и таким образом причинить вред себе или окружающим. Самое главное, чтобы при наступлении психоза человек мог по меньшей мере увидеть, что с ним происходит что-то странное, необычное. Для этого необходимо знать проявления психоза, вспомнить и назвать те проявления, которые уже пришлось перенести (хотя это может быть неприятно). Обсуждение в группе и знание проявлений психоза повышает вероятность того, что в случае их наступления, человек сможет хотя бы усомниться в истинности происходящего, прислушаться к мнению близких, врача, а в лучшем случае увидеть наличие у себя нарушений мышления и/или восприятия.

Данную тему мы рассказываем на базе дневного стационара, когда симптомы психоза уже отступают, поэтому становится возможным взглянуть на этот опыт со стороны.

Вопрос группе: *Может ли кто-то рассказать о своем опыте нарушения восприятия реальности, которое было во время лечения в стационаре?*

Примечание: Настаивать на ответе на данный вопрос не стоит. Однако если кто-то из участников готов будет поделиться своим опытом, то важно использовать эту информацию в качестве иллюстрации дальнейшего материала занятия, поддерживая интерактивный контакт с участниками таким образом, чтобы сами участники группы пробовали квалифицировать собственные обманы восприятия. Если участники делятся своим психотическим опытом, для избегания стигматизации важно, чтобы это был не один человек. Углубляться в детали психотических переживаний не следует, важно вовремя остановить пациента, ограничившись только основными фактами о состоянии. Важно уточнить у пациентов, что в данный момент они думают о своем опыте, таким образом оценить уровень критики к состоянию.

Это обсуждение можно также перенести и на конец занятия, когда у участников группы будет больше информации о признаках психоза.

Обобщение ведущего: Сейчас некоторые участники группы рассказали о своем опыте. Это говорит о том, что у них появилась возможность критично относиться к проявлениям болезни. Когда человек находится в остром состоянии, он, как правило, полностью убежден, что то, что с ним происходит – это реально, он полностью погружается в свои переживания и поэтому обсуждать этот опыт как болезненный не представляется возможным.

Способность критически относиться к симптомам собственной болезни начинает появляться лишь после снятия острой симптоматики. Знать специфику проявления собственного состояния пациенту просто необходимо. Понимание симптомов болезни дает возможность более осознанно относиться к заболеванию, а также лечению. Развитие понимания заболевания ведет за собой развитие способности к самонаблюдению. Без понимания и принятия симптомов собственного заболевания невозможно поменять свое поведение в отношении болезни: планомерно следовать рекомендациям врача, медицинского персонала, психологов.

Примечание: Переходя к конкретным обсуждениям симптомов важно использовать для иллюстрации тот материал, которые сообщают сами пациенты о своем психотическом опыте. Старайтесь приводить примеры из реального опыта пациентов.

1. Галлюцинации

Теперь давайте более подробно обсудим симптомы острого состояния и начнем с галлюцинаций.

Галлюцинации – это ложное/мнимое восприятие человеком несуществующих в реальности зрительных образов, вкусовых, телесных ощущений, запахов, звуков. То есть в реальности стимула/объекта нет, а человек воспринимает его так, как если бы этот объект существовал. Галлюцинации могут затрагивать зрение, слух, вкус, обоняние, осязание, то есть все органы чувств.

- *Зрительные галлюцинации.* Человек видит людей, вещи, цвета или даже целые ситуации, которых на самом деле не существует и которые не видят другие люди. Например, вы можете видеть человека, которого нет в вашей комнате или видеть свет, который не видят другие люди.
- *Слуховые галлюцинации* (наиболее часто встречающийся тип галлюцинаций). Человек слышит голоса, звуки, которые не слышат другие люди. Например, вы можете слышать, как кто-то (кого на самом деле нет) разговаривает с вами или говорит/приказывает вам сделать что-то. Голос может быть злым, нейтральным или вполне дружелюбным. Это может быть мужской или женский голос, голос высших существ, а иногда пациенты слышат будто бы механический голос.
- *Обонятельные галлюцинации.* Человек чувствует запахи, которых не чувствуют другие. Например, вы можете чувствовать, что в комнате пахнет тухлой рыбой или как будто от вашего тела исходит неприятный запах, хотя на самом деле это не так.
- *Вкусовые галлюцинации.* Человек чувствует странный или неприятный вкус, может по этой причине отказываться от пищи или думать, что ему подсыпали какой-то яд.
- *Тактильные галлюцинации.* Человек ощущает прикосновения, или ему кажется, что по нему кто-то ползает.
- *Висцеральные галлюцинации.* Мнимые ощущения присутствия во внутренних органах инородных объектов. Например, человек чувствует, что в его мозге находится чип, с помощью которого считываются его мысли или управляют его действия, или как будто в его животе присутствует какое-то существо.

Вопрос группе: *У кого-то были галлюцинации? Кто-то может поделиться этим опытом?*

2. Бред

Бред - абсолютная и непоколебимая убежденность в идеях, представлениях, рассуждениях и выводах, которые основаны на изначально ложной предпосылке. Такие рассуждения, идеи, представления полностью овладевают сознанием человека и не поддаются коррекции извне. Более того, человек, который пытается разубедить, чаще всего тоже становится частью бредовой системы, вплетается в бред.

Примеры бреда:

- Человек убежден, что все происходящее имеет к нему отношение: слова, действия, разговоры других людей, взгляды – все это касается его лично.
- Человек убежден, что за ним следят (спецслужбы, полиция).
- Человек убежден, что через радио/телевизор/интернет ему передают послания.
- Человек убежден в том, что он известная личность или что он сделал открытие, которое изменит мир.
- Человек убежден в том, что он обладает сверхспособностями и должен спасти своих близких/город/весь мир.
- Человек убежден в том, что его воля замещена посторонней волей, его мышлением и действиями кто-то руководит.
- Человек убежден, что он болен каким-то серьезным заболеванием, его органы гниют, хотя объективные диагностические исследования это не подтверждают.

Любопытно, что часто бред отражает в гипертрофированной форме актуальные социальные явления, содержание человеческого опыта. Когда в СМИ много говорили про НЛЮ был распространен бред, связанный с НЛЮ, когда был СССР был распространен бред, связанный со слежкой КГБ. Сейчас очень часто встречается бред, связанный с новыми технологиями.

Вопрос группе: У кого-то было схожее состояние (бред)?

Вопрос группе: Ложные (ошибочные) убеждения или умозаключения может иметь любой человек. Это не значит, что у него бред. Как вы думаете, как тогда отличить бред от ошибочных идей и умозаключений?

Обобщение ведущего:

- Бредовые рассуждения, идеи не поддаются коррекции извне. Человеку невозможно указать на то, что его идеи не соответствуют реальности. Он не может поставить их под сомнение, так как он полностью ими охвачен и верит в них на 100%. Например, если кто-то будет разубеждать человека с бредом преследования в том, что за ним следят, то тот, кто разубеждает, будет расцениваться как сообщник тех, кто следит. При этом не всегда другие люди могут понять, что у человека бред, потому что человек может при этом адекватно анализировать окружающую действительность, если она не касается тематики бреда.
- Для бредовых идей в отличие от ошибок характерна искаженная логика, часто нелепость, фантастичность. Например, на вопрос «Почему вам кажется, что этот человек за вами следит?» можно получить ответ «потому что он в черной шляпе».

3. Нарушения мышления

Давайте теперь перейдем к еще одному распространенному симптому – нарушению процесса мышления.

В болезненном состоянии мыслительный процесс нарушается. Давайте поговорим об этих проявлениях подробнее. Какие бывают нарушения мыслительной деятельности?

Их можно условно классифицировать следующим образом:

- по скорости мышления: мысли текут медленно или быстро;
- по количеству мыслей: мыслей мало или мыслей много; могут присутствовать как будто чужие мысли в голове или наоборот голова может быть совсем пустой;
- по переключаемости мышления: человек может застрять на одной мысли и постоянно и ней думать, она навязчиво приходит к нему в голову; либо наоборот мысли быстро переключаются с одной на другую как картинки в клипе, имеются сложности в концентрации внимания, мысли могут даже насакивать одна на другую;
- по логичности: логика может становиться искаженной, основанной на несущественных признаках (привести пример: за мной следит этот человек, потому что он в черной шляпе, в черной шляпе ходят шпионы, значит этот человек шпион);
- по целенаправленности мышления: мысли могут внезапно обрываться в голове; мысли могут уходить в сторону от основного предмета размышления и становится сложно прийти к какому-то заключению; мысли могут перескакивать через несколько логических ходов и приводить к неожиданным выводам.

Обобщение ведущего: Итак, мы сегодня обсудили с вами основные проявления психотического состояния: бред, галлюцинации, нарушения мышления. Эти симптомы дезориентируют человека и подрывают его контакт с реальностью. Проявления эти важно знать, и осознать их наличие в своем опыте, если такие проявления были. Это повышает вероятность того, что вы сможете их узнать если вдруг эти симптомы опять появятся, вы заметите, что с вами происходит «что-то странное», и скажете об этом близким и врачу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 8. — № 4. — С. 30–39.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М. — 2004. — 491 с.
3. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Т. 17. № 4. — С. 78-86.
4. Бурьгина Л.А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): диссертация ... кандидата медицинских наук. — Москва. — 2013.
5. Головина А.Г., Кравченко Н.Е. Психообразование как составляющая амбулаторной терапии подростков с психическими расстройствами. Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016 г. [Электронное издание]: под общей ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. — СПб.: Альта Астра. — 2016. — С. 231-232.
6. Ястребова В.В., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Алиева Л.М., Машошин А.И. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по ее повышению. Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016 г. [Электронное издание]: под общей ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. — СПб.: Альта Астра. — 2016. — С. 214-218.
7. Семенова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П. Психообразование: проблемы и направления исследований // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева - 2016 г. № 4- С. 4 - 13
8. И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер «Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных», 2-е изд. - Москва : МЕДПРАКТИКА-М. 2007. — 179 с.
9. Сальникова Л. И., Семенова Н. Д., Сторожакова Я. А. [и др.]. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе: пособие для врачей/ под редакцией проф. И.Я.Гуровича, Москва. Издательство Московского НИИ Психиатрии МЗ РФ. 2002. – 39с.
10. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. с. 7–14.
11. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. с. 78–86.
12. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. XX, №1. С. 52-63.
13. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. М., 2005.
14. Anderson, Carol M., Gerard E. Hogarty, and Douglas J. Reiss. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. // *Schizophrenia Bulletin* – 1980 – Vol. 6, № 3 – P. 490 – 505.

15. McGill, Christine W., and Evelyn Lee. Family psychoeducational intervention in the treatment of schizophrenia. // *Bulletin of the Menninger Clinic*. – 1986 – Vol.50, №3. – P. 269 – 289.
16. Larsen, John Aggergaard. Symbolic healing of early psychosis: Psychoeducation and sociocultural processes of healing. // *Cultural Medicine and Psychiatry* – 2007 – Vol. 31, №3 – P. 283 – 306.
17. Colom, Francesco. 2011. Keeping therapies simple: Psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. // *British Journal of Psychiatry*. – 2011 – Vol. 198, №5 – P. 338 – 340.
18. Luckstead, Alicia, William McFarlane, Donna Downing, Lisa Dixon, and Curtis Adams. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. // *Journal of Marital and Family Therapy* - 2012 – Vol. 38, №1 – P. 101 – 121.
19. Authier J. The psychoeducation model: definition, contemporary roots and contemporary roots and content // *Canadian counselor*. – 1977 - № 12 – P. 15 — 20.
20. Barker R. L. The social work dictionary. Washington, 2003.
21. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families.// *Schizophr Bull.* - 2006 - Oct; 32 Suppl 1(Suppl 1): S1-9.
22. Shawn S. Landsverk Catherine F. Kane Antonovsky's sense of coherence: theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. // *Issues in Mental Health Nursing*. – 1998 - № 19 – P. 419—431.
23. Hogarty G. T., Anderson C. M., Reiss D. J. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia.// *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1986 – № 43 – P. 633—642.
24. Ivey A., Ivey M. B., Zalaquett C., Quirk K. *Essentials of Intentional Interviewing: Counseling in a Multicultural World*. Belmont (CA), 2011.
25. McFarlane W. R., Link B., Dushay R., Marchal J., Crilly J. Psychoeducational multiplefamily groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. // *Family Process*. – 1995 - № 34 – P. 127—144.
26. Murray J. D., Grace J. E. Developing a stress management workshop // *Innovations in clinical practice: A source book* / eds. P. A. Keller and L. G. Ritt. Sarasota, 1984. P. 77—81.
27. Pekkala, E. T., & Merinder, L. B. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
28. Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*, (6).
29. Jauhar, S., McKenna, P. J., & Laws, K. R. (2016). NICE guidance on psychological treatments for bipolar disorder: searching for the evidence. // *The Lancet Psychiatry* – 2016 – Vol. 3, № 4 – P. 386 - 388.
30. Semenova, N. Brief Assessment of Cognition and Cognitive Remediation in Schizophrenia: Implications for Psychoeducation.// *Early Intervention in Psychiatry*.- 2016 – № 10 – P. 194-194.

Упражнение на сплочение группы:

Упражнение № 1 Знакомство с участниками и ведущими группы

Каждому участнику группы, включая ведущих, по очереди предлагается представиться и назвать свою профессию/место учебы/любимое занятие

Упражнение №2 Продолжение знакомства

Каждому участнику группы, включая ведущих, предлагается назвать «Мое любимое...». (Мужское имя, женское имя, фрукт, цвет, животное, блюдо, книга, фильм, музыкальная композиция, день недели, время дня, время года и т.п.). Упражнение можно делать несколько раз.

Упражнение №3

В конце знакомства группе предлагается назвать имена всех участников.

Правила, устанавливаемые в группе:

1. *Правило высказывания:* если участник группы желает высказаться, ему необходимо сигнализировать о своем намерении поднятием руки.
2. *Правило уважения собеседника:* каждый участник группы внимательно выслушивает высказывания других, не перебивает, не дает оценочных суждений.
3. *Правило отказа:* если обсуждаемая тема, по которой высказывается группа, глубоко лично задевает отвечающего, он может пропустить очередь ответа (либо если в процессе обсуждения участники не готовы обсуждать какой-либо опыт, связанный с болезнью, в таком случае тема обсуждения меняется).

Физическая разминка (проводится одним из опытных участников группы):

Упражнения можно делать выборочно в зависимости от состояния и активности участников группы, каждое упражнение делается с 3-4 повторами.

Упражнение для разминки шейных мышц:

- 1) повороты головы: ноги на ширине плеч, руки на поясе и прямая голова в исходном положении; попеременно поворачивать голову вправо, влево;
- 2) наклоны головы: ноги на ширине плеч, руки на поясе и прямая голова в исходном положении; поочередно наклонять голову вперёд и назад;
- 3) вращения головы: ноги на ширине плеч, руки на поясе и прямая голова в исходном положении; вращать голову в направлении по и против часовой стрелки.

Упражнения для разминки мышц плечевого пояса и рук:

- 1) вращение плечами: ноги на ширине плеч, прямая голова и руки вдоль туловища в исходном положении; вращать плечами попеременно вверх назад и вперёд вниз;
- 2) махи руками: ноги на ширине плеч, прямая голова и руки вдоль туловища в исходном положении; вращать руками назад и вперёд, а также скрещивая в области груди.

Упражнения для разминки мышц груди и спины:

- 1) подъёмы рук: ноги на ширине плеч исходное положение; соединить кисти рук либо впереди, либо за спиной и на глубоком вдохе поднять руки, а опустить на выдохе;
- 2) разведение рук: ноги на ширине плеч исходное положение; выпрямить руки перед собой на уровне груди и согнуть их в локтях, чтобы затем развести назад, смыкая во время вдоха лопатки

Упражнения для разминки ног:

- 1) приседания: ноги на ширине плеч, руки на поясе исходное положение; приседать (колени под прямым углом) на вдохе и занимать исходное положение на выдохе

Упражнения для разминки мышц тазового пояса, ног, спины:

- 1) тяга локтя к колену: ноги на ширине плеч, ступни параллельно, руки на поясе исходное положение; сделать выпад правого колена к левой руке, согнутой в локте; и то же самое наоборот.

Упражнения для разминки голеностопного сустава:

- 1) перекачивание: исходное положение ноги вместе, руки вдоль туловища; поочередно переносить вес тела с носков на пятки.

Упражнения для разминки икроножных мышц:

- 1) спортивная ходьба на месте: исходное положение ноги вместе, руки свободно вдоль туловища; лёгкое марширование;
- 2) подъём на носки: исходное положение ноги вместе, руки вдоль туловища; удерживая равновесие, подняться на носки обеих ног на вдохе и опуститься на выдохе.

Растяжка и релаксация:

- 1) Поднять руки вверх, встать на носки, максимально вытянуться вверх на вдохе, на выдохе расслабить туловище и руки

Когнитивная разминка (фонетическая и семантическая беглость):

Упражнение можно делать по кругу или перебрасывая друг другу мяч. Участники инструктируются, что упражнения необходимо выполнять максимально быстро. В случае возникновения сложностей, просят помощь группы. Ведущий дает задания с учетом состояния пациентов.

Упражнение № 1.

Каждому участнику дается задание быстро назвать три существительных на определенную букву (например, назовите три существительных на букву «Д»). Для усложнения задания, можно увеличить количество слов до пяти.

Упражнение № 2.

Каждому участнику дается задание назвать три существительных, относящихся к определенной смысловой категории (например: «Назовите три слова, относящиеся к категории садовый инвентарь»). Варианты категорий: транспорт, путешествия, продукты питания, фрукты, овощи, хоккей, фигурное катание, животные, цветы, деревья и т.п. Для усложнения задания, можно увеличить количество слов до пяти.

Упражнение № 3.

Каждому участнику дается задание быстро назвать три существительных на определенную букву и существительных, относящихся к определенной смысловой категории (например: «Назовите три женских имени на букву «А»»).

Упражнение №4

Участники называют по очереди или перебрасывая мяч известные им чувства и эмоции, упражнение делается до тех пор, пока участники могут назвать эмоции.

³ Данное упражнение взято из программы занятий по психосоциальной терапии, разработанной Семеновой Н.Д.

Совладающее поведение – это активные усилия личности, направленные на преодоление проблемных ситуаций или негативных эмоций. Определяет успешность адаптации в краткосрочной и долгосрочной перспективе при стрессовых ситуациях (к каким относится и ситуация психического заболевания).

Это стратегия действий, предпринимаемых человеком в условиях приспособления к болезни как угрозе личностному, социальному и физическому благополучию.

Способы совладания проявляются в поведенческой сфере, эмоциональной сфере, в когнитивной сфере.

В зависимости от характера стрессовой ситуации, те или иные способы совладания могут быть признаны адаптивными или дезадаптивными.

В ходе занятий отрабатываются те из них, которые имеют положительное значение и *способствуют адаптации в долгосрочной перспективе*:

Адаптивные способы совладания:

- сотрудничество
- конструктивная активность
- эмоциональная разгрузка (выражение эмоций)
- проблемный анализ (категоризация и приоритезация проблем)
- сохранение самообладания и самоуважения
- опора на свои сильные стороны
- переключение внимания и деятельности
- оптимизм
- творчество
- поддержка – просьба о поддержке со стороны других, оказание поддержки нуждающимся
- исследовательская активность
- юмор

Данные способы совладания могут быть оценены как успешные *или неуспешные в зависимости от ситуации и результатов их применения*:

- отступление
- обращение к вере
- придание смысла (интерпретация)
- пассивная кооперация
- перекладывание ответственности

Разновидности деструктивной агрессии и избегания рассматриваются как *дезадаптивная поведенческая стратегия*.

Дезадаптивные способы совладания:

- самообвинение
- неуправляемая агрессия
- игнорирование
- притворство
- подавление эмоций
- злоупотребления ПАВ

⁴ Данное упражнение взято из программы занятий по психосоциальной терапии, разработанной Семеновой Н.Д.

«Термометр симптомов» (Дневник самонаблюдения)

Дата _____

Оцените свое состояние сегодня (0 = в норме; 10 = серьезные проблемы)

	Настроение	Сон	Внутреннее напряжение	Мышление	Восприятие реальности	Двигательные нарушения
Серьезные проблемы						
Норма						
	Настроение <input type="checkbox"/> Тоска <input type="checkbox"/> Тревога <input type="checkbox"/> Возбуждение <input type="checkbox"/> Эйфория <input type="checkbox"/> Раздражение <input type="checkbox"/> Отсутствие эмоций <input type="checkbox"/> Ровное настроение <input type="checkbox"/> Другое _____ _____ _____	Сон <input type="checkbox"/> Сонливость днем <input type="checkbox"/> Сложно заснуть <input type="checkbox"/> Рано просыпаюсь <input type="checkbox"/> Часто просыпаюсь <input type="checkbox"/> Мало сплю <input type="checkbox"/> Много сплю <input type="checkbox"/> Другое _____ _____ _____	Напряжение <input type="checkbox"/> Я злюсь <input type="checkbox"/> Я могу взорваться <input type="checkbox"/> Мне неспокойно <input type="checkbox"/> Со мной происходит что-то странное <input type="checkbox"/> У меня нехорошие предчувствия <input type="checkbox"/> Другое _____ _____ _____	Мышление <input type="checkbox"/> Мыслей мало <input type="checkbox"/> Мыслей много <input type="checkbox"/> Пустота в голове <input type="checkbox"/> Навязчивые мысли <input type="checkbox"/> Чужие мысли в моей голове <input type="checkbox"/> Мои мысли читают/контролируют <input type="checkbox"/> Мои мысли «скачут» <input type="checkbox"/> Другое _____ _____ _____	Восприятие <input type="checkbox"/> Я вижу то, чего не видят другие <input type="checkbox"/> Я слышу голоса (звуки) внутри головы <input type="checkbox"/> Я чувствую необычные запахи <input type="checkbox"/> У меня неприятные ощущения в теле <input type="checkbox"/> Мое восприятие не нарушено <input type="checkbox"/> Другое _____ _____ _____	Двигательные нарушения <input type="checkbox"/> Скованность в мышцах <input type="checkbox"/> Неусидчивость <input type="checkbox"/> Слабость в мышцах <input type="checkbox"/> Напряжение в мышцах <input type="checkbox"/> Физическая усталость <input type="checkbox"/> Нарушений нет <input type="checkbox"/> Другое _____ _____ _____

Оцените свое состояние сегодня (0 = в норме; 10 = серьезные проблемы)

Дата _____

	Настроение	Сон	Внутреннее напряжение	Мышление	Восприятие реальности	Двигательные нарушения
Серьезные проблемы						
Норма						
	Настроение _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Сон _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Напряжение _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Мышление _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Восприятие _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Двигательные нарушения _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Анкета обратной связи о занятии

АНКЕТА ОБРАТНОЙ СВЯЗИ О ЗАНЯТИИ ПО ПСИХООБРАЗОВАНИЮ

Ф.И.О. _____

Оцените в баллах следующую информацию. Если вы колеблетесь между ответами 1 и 3, то выберите ответ 2. Если вы колеблетесь между ответами 3 и 5, то выберите ответ 4. Все полученные сведения являются конфиденциальными и не подлежат разглашению.

1. Какое у Вас настроение?

плохое	не могу определиться	хорошее
1 -----	2 ----- 3 -----	4 ----- 5

2. Узнали ли вы новую и полезную информацию на занятии по психобразованию?

нет	узнал, но недостаточно	узнал достаточно
не узнал	недостаточно	достаточно
1 -----	2 ----- 3 -----	4 ----- 5

3. Прозвучали ли на занятии по психобразованию идеи, которые Вы могли бы применять на практике?

нет	не уверен	да
1 -----	2 ----- 3 -----	4 ----- 5

4. Услышали ли Вы информацию, которая могла бы Вам помочь в будущем?

нет	не уверен	да
1 -----	2 ----- 3 -----	4 ----- 5

5. Желаете ли вы получить дополнительные сведения о службах и формах помощи при психическом заболевании?

нет	не уверен	да
1 -----	2 ----- 3 -----	4 ----- 5

Благодарим Вас за участие в опросе.

Опросник знаний

1. *Для чего и с какой целью необходимо посещать занятия по «Психообразованию»?*
 - А) Чтобы приятно провести время
 - Б) Потому что направил врач
 - В) Чтобы сделать зарядку и быть в хорошей физической форме
 - Г) Чтобы повысить уровень знаний в вопросах своего заболевания и профилактики его обострения

2. *Согласно современным представлениям причиной возникновения психических расстройств являются:*
 - А) сочетание биологической предрасположенности и внешних неблагоприятных факторов
 - Б) особенности личности
 - В) переутомление
 - Г) конфликты с окружающими

3. *Какие факторы оказывают влияние на обострение психических расстройств:*
 - А) злоупотребление алкоголем и наркотиками
 - Б) отсутствие поддержки со стороны других людей
 - В) увольнение с работы
 - Г) все вышеперечисленное

4. *Когда следует обратиться за помощью к лечащему врачу-психиатру после выписки из стационара?*
 - А) Перед отъездом на отдых
 - Б) Следует постоянно поддерживать связь со своим лечащим врачом
 - В) Для оформления инвалидности
 - Г) Осенью и весной, когда симптомы обостряются

5. *Стоит ли учитывать мнение родственников и близких в отношении Вашего состояния и поведения?*
 - А) Конечно стоит, т.к. самому сложно увидеть себя со стороны
 - Б) Нет, я могу сам оценить свое самочувствие
 - В) Нет, не стоит, т.к. они могут ошибаться в оценке моего состояния
 - Г) Нет, они не компетентны в вопросах моего лечения

6. *Чем Вам может помочь лекарственная терапия, прописанная лечащим врачом-психиатром?*
 - А) Избавить от симптомов психического заболевания и снять острую симптоматику
 - Б) Способствовать профилактике обострений
 - В) Поможет получить социальные льготы
 - Г) Все вышеперечисленное

7. *Какой нейромедиатор влияет на возникновение психических расстройств?*

- А) Я не знаю, что такое нейромедиатор
- Б) Дофамин
- В) Глюкоза
- Г) Эндорфин

8. *Когда нужно прекращать прием лекарств или менять схему лечения?*

- А) Когда почувствую улучшение
- Б) Сразу после выписки из стационара
- В) По рекомендации лечащего врача психиатра
- Г) По рекомендации знакомых и родственников

9. *Какие способы совладания с болезнью могут улучшить Ваше эмоциональное состояние?*

- А) Подавление негативных эмоций
- Б) Игнорирование собственного заболевания
- В) Прекращение взаимодействия с окружающими
- Г) Умение попросить о помощи

10. *Сколько времени нужно наблюдаться у врача по поводу психического расстройства?*

- А) Несколько месяцев
- Б) Пока не пройдут симптомы
- В) Столько, сколько рекомендует врач
- Г) Всю жизнь

11. *В случае возникновения обострения психического заболевания, куда можно обратиться?*

- А) Неотложная психиатрическая помощь при больнице (ПОНП)
- Б) Скорая помощь «03»
- В) Лечащий врач в диспансере
- Г) Все вышеперечисленное

Ключ: 1 – Г; 2 – А; 3 – Г; 4 – Б; 5 – А; 6 – А, Б; 7 – Б; 8 – В; 9 – Г; 10 – В; 11 – Г