

ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» РАМН
Центр социально-психологической и информационной поддержки
«Семья и психическое здоровье»
Региональная благотворительная общественная организация

**Организация
социально-психологической
помощи родственникам
психически больных**

Методические рекомендации



МОСКВА – 2012

УДК 616.89
ББК 88.4 + 56.14
О-64

Организация-разработчик: ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
Подготовлено в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства»
Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми
заболеваниями на 2007–2011 гг.». Государственный контракт от 03. 09. 2009. № К-16-НИР/115
Утверждено директором НЦПЗ РАМН, акад. РАМН, проф. *А.С. Тигановым*
Издано при поддержке фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК СА

Авторы:

доктор медицинских наук *Т.А. Солохина*,
доктор медицинских наук, профессор *В.С. Ястребов*, *А.И. Цапенко*,
кандидат экономических наук *Л.С. Шевченко*, доктор медицинских наук *Н.Д. Букреева*
(ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» МЗСР РФ)

Рецензент:

Э.Г. Рытик – канд. мед. наук

О-64 Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных: методические рекомендации:
Методические рекомендации / Т.А. Солохина и др. – М.: МАКС
Пресс, 2012. – 36 с.
ISBN 978-5-317-04XXX-X

В методических рекомендациях рассматриваются особенности семей психически больных, психологические проблемы, с которыми сталкивается семья в связи с болезнью одного из ее членов. Изложены основные принципы работы с родственниками пациентов в разработанной авторами модели социально-психологической помощи, которая играет важную роль в формировании партнерских отношений с профессионалами, снижении бремени, связанного с болезнью члена семьи, а также способствует психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами.

Представлены критерии для оценки качества и эффективности оказываемой помощи и опросники, предназначенные для этой цели.

Для психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, оказывающих психиатрическую и социально-психологическую помощь семьям психически больных.

УДК 616.89
ББК 88.4 + 56.14

Подготовка оригинал-макета: *Издательство «МАКС Пресс»*
Компьютерная верстка: *Е.П. Крынина*

Подписано в печать XX.XX.2012 г.
Формат 60x90 1/16. Усл.печ.л. 2,25. Тираж 1000 экз. Заказ XXX.
Издательство ООО «МАКС Пресс». Лицензия ИД N 00510 от 01.12.99 г.
119992, ГСП-2, Москва, Ленинские горы, МГУ им. М.В. Ломоносова,
2-й учебный корпус, 527 к. Тел. 939-3890, 939-3891. Тел./Факс 939-3891.

ISBN 978-5-317-04XXX-X

© Коллектив авторов, 2012
© ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, 2012
© РБОО «Семья и психическое здоровье», 2012

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время семьи пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями рассматриваются в качестве важного звена при оказании помощи больным на всех этапах лечения. Доказано, что члены семьи могут воздействовать как позитивно, так и негативно на состояние больного, частоту госпитализаций, длительность ремиссии, качество его психосоциальной адаптации. Исследования эмоциональной экспрессивности родственников пациентов показывают, что у больных шизофренией, проживающих с критически настроенными и сверхвовлеченными в их болезнь членами семьи, гораздо чаще наблюдаются рецидивы, чем у тех, кто проживает с менее склонными к критике или чрезмерной опеке близкими.

В многочисленных исследованиях установлено, что семья психически больного человека является группой, имеющей свои особенности. Так, у родственников больных выявлен повышенный относительно популяционных норм дистресс, связанный с проблемами их социальной адаптации и функционирования, а также межличностного взаимодействия. Доказано, что неоспоримым фактом является бремя, которое несут родственники вследствие психического заболевания члена семьи. Оно связано как с уходом за пациентом, принятием ответственности за его будущее, утратой перспективы служебного роста, лишением отдыха, финансовыми расходами, так и с тяжелой психологической ситуацией, характерной для таких семей. Этим бременем обусловлено снижение качества жизни членов семей психически больных. Установлены статистически значимые различия в снижении показателей качества жизни у родственников пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, по сравнению с лицами, в семьях которых таких больных нет.

В литературе описаны многочисленные психологические проблемы, с которыми сталкивается семья в связи с болезнью одного из ее членов. Родственники переполнены чувствами отчаяния, гнева, страха и стыда, пытаются справиться с беспомощностью пу-

тем гиперконтроля, испытывают трудности с принятием болезни близкого, с дифференциацией проявлений болезни и характера больного, с оценкой его возможностей и выбором адекватных требований к нему. Члены семьи сталкиваются с проблемами коммуникации, часто неосознанно чрезмерно опекают или отвергают больного, что приводит к дополнительным психологическим сложностям пациента и семьи. Все это указывает на необходимость психосоциальной помощи родственникам психически больных людей в связи с их собственными потребностями, а также функциями поддержки близкого человека в процессе лечения. Установлено, что достижению наилучших результатов лечения и реабилитации больного способствует активная позиция партнерства со стороны семьи, необходимыми условиями которой являются понимание родственниками природы психических заболеваний и их лечения, наличие навыков решения проблем, специфичных для заболевания, правильный семейный коммуникативный стиль. Однако в большинстве семей эти знания и навыки минимальны. Анализ работы психиатрических учреждений показывает, что в них практически не оказывается социально-психологическая помощь родственникам психически больного человека. Во многом это обусловлено дефицитом в психиатрических учреждениях как специалистов, владеющих современными методами работы с семьей больного, так и современных реабилитационных технологий. В результате этого отмечается низкая удовлетворенность потребностей родственников в получении информации относительно различных аспектов заболевания, его лечения и оптимального поведения семьи в условиях болезни одного из ее членов, освоении необходимых навыков, психотерапии. Поэтому важнейшей задачей сферы психического здоровья является создание условий для того, чтобы родственники больного могли реализовать свой ресурс помощи больному, а также минимизировать поведение, деструктивно влияющее на состояние больного, если таковое имеет место.

Учитывая результаты научных исследований, полученные нами при изучении особенностей семей психически больных, а также собственный многолетний опыт работы с такими семьями,

нами была разработана модель социально-психологической помощи родственникам пациентов, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями.

Принципиальная новизна данной модели заключается в комплексном подходе, учитывающем разнообразные потребности родственников больных (в информации, психотерапии, выработке необходимых навыков и проч.); в согласованности работы разных модулей (см. далее), что позволяет варьировать компоненты программы с учетом потребностей конкретного пользователя; в создании системы, обеспечивающей поэтапное решение задач и длительную социально-психологическую помощь от момента обращения членов семьи до успешного решения их запроса (от 3–9 мес. до 2 лет и более).

Методические рекомендации адресованы специалистам психиатрических учреждений, членам междисциплинарных бригад. Внедрение в практику разработанной модели социально-психологической помощи родственникам психически больных будет способствовать улучшению качества их жизни, повышению эффективности психиатрической помощи, оказываемой лицам с психическими расстройствами, достижению их психосоциального восстановления.

Показания и противопоказания к применению метода

Показания. Модель разработана для оказания социально-психологической помощи родственникам пациентов, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями.

Противопоказания. Отсутствуют.

Материально-техническое обеспечение метода

Сущность метода состоит в применении комплекса психосоциальных воздействий, включая психообразование, психотерапию, психологическое консультирование и проч. Учитывая это, возникает необходимость в кабинетах для групповой и индивидуальной работы. Желательно также наличие проектора для демонстрации слайдов (психообразование), научно-популярной литературы.

Описание метода

Основными целями работы с семьями в разработанной модели являются: 1) снижение бремени болезни и повышение качества жизни родственников больных; 2) подготовка родственников к выполнению роли партнеров в лечении больного, оказании ему поддержки; 3) развитие у членов семей навыков эффективного решения их собственных социально-психологических проблем.

Модель включает ряд модулей или структурных элементов, предполагающих достижение конкретных целей и решение определенных задач, которые актуализируются при работе с родственниками и должны быть последовательно решены. Структурными элементами (модулями) являются: программа психиатрического образования, индивидуальное и семейное психологическое консультирование, тренинги, направленные на выработку необходимых родственникам навыков (коммуникативных, управления эмоцио-

нальной сферой и проч.), групп-аналитическая психотерапия, терапия средой (воздействие терапевтического сообщества, функционирующего в рамках общественной организации на принципах партнерства и состоящего из пациентов, их родственников, профессионалов сферы психического здоровья).

Концептуальная основа модели базируется на интеграции идей ряда теоретических подходов, среди которых можно выделить общую теорию систем, теорию социального научения, групповой и индивидуальный психоанализ.

Методической основой при осуществлении психосоциальных вмешательств являются: стремление к использованию эффективных методов работы; комплексный характер воздействий; длительный период психосоциальной помощи за счет последовательной смены ее видов в зависимости от поставленной цели; осуществление вмешательств непосредственно в сообществе; вовлечение семей в работу общественной организации, что обеспечивает расширение их социальных сетей, формирует активную жизненную и гражданскую позицию.

Наибольший акцент при описании модели социально-психологической помощи членам семьи больного сделан на групп-аналитической психотерапии, эффективном, но еще мало используемом в нашей стране психотерапевтическом вмешательстве.

Модуль 1. Программа психиатрического просвещения (психообразование) родственников психически больных

Цель. Систематизированное обучение родственников психически больных основам психиатрии для развития партнерских отношений с пациентом и профессионалами службы психического здоровья, улучшения атмосферы в семье, повышения способности родственников решать проблемы.

Задачи. Профилактика рецидивов болезни у пациента, повышение комплайентности, обучение навыкам контроля медикаментозного лечения, дестигматизация, социально-психологическая поддержка.

Основные организационные принципы образовательной программы для родственников. Территориальная и транспортная доступность; еженедельное проведение встреч в определенный день в вечерние часы; уютное помещение, наличие слайд-проектора, экрана, демонстрационной доски, мелков, цветных фломастеров, аудиовидеоконференц-комплекса; обзвон участников перед занятием социальным работником.

Основные методические подходы при проведении образовательной программы для родственников психически больных. Использование модели интерактивного обучения (обмен мнениями, опытом, побуждение к активности в процессе проведения занятий, выражение чувств, поддержка); высокоструктурированное ведение группы с партнерским, а не патерналистским отношением; доброжелательная обстановка, уважительное отношение; учет ожиданий и индивидуальных потребностей участников; четкая структура каждого занятия: приветствие, выявление запросов участников по теме занятия (15 мин.), основная часть в виде лекции, сообщения (1–1,5 ч.), заключительная часть, на которой подводятся итоги занятия, осуществляется повторение пройденного (15 мин.); изложение материала доступным языком; работа в группе из 12–15 слушателей; работа в команде (психиатр, психолог, социальный работник, юрист).

Приведенные организационно-методические подходы могут использоваться для всех типов групп родственников, которые целесообразно формировать по длительности течения болезни у пациента (впервые заболевшие, при длительном течении болезни), по их возрастным группам (подростки, пациенты старших возрастных групп) и проч.

Особенности психообразования родственников больных как психосоциального вмешательства. В процессе психообразования не затрагиваются глубинные механизмы внутрисемейного взаимодействия. Однако возможна работа над групповой сплоченностью участников для последующего создания групп поддержки, вовлечения в общественное движение. Возможно менее щадящее, чем с пациентами, обсуждение вопросов прогноза, долгосрочности поддержки

вающего лечения, стигмы, инвалидности. Косвенно решаются и другие задачи: развиваются навыки общения с медицинским персоналом, в семье, формируются навыки решения проблем.

Базовый курс обучения родственников пациентов, длительно страдающих тяжелым хроническим психическим заболеванием (шизофренией).

1-е занятие. Знакомство. Цели и задачи программы. Определение информационных запросов родственников больных. Определение базовых правил проведения занятий. Беседа о семье, ее функциях, проблемах, возникающих при заболевании одного из ее членов психическим расстройством.

2-е занятие. Классификация психических расстройств, их распространенность, причины, течение, прогноз.

3-е занятие. Симптомы и синдромы психических заболеваний. Краткое описание основных психических заболеваний (аффективные заболевания, невротические расстройства, расстройства, связанные с воздействием внешних факторов).

4-е занятие. Шизофрения: клиника, течение, прогноз.

5-е занятие. Выявление признаков рецидива заболевания. Понятие «почерк рецидива» (сугубо личная комбинация предвестников рецидива), необходимые действия на раннем, среднем или позднем этапе рецидива.

6-е и 7-е занятия. Лечение шизофрении.

8-е занятие. Психологические проблемы в семьях, пути их решения.

9-е занятие. Современная система психиатрической и социальной помощи.

10-е и 11-е занятия. Общий обзор законодательства, касающегося оказания психиатрической помощи. Права и льготы психически больных.

12-е занятие (заключительное). Психосоциальная реабилитация: основные понятия, формы и методы работы. Помощь семье в реабилитации пациента. Общественные организации, группы поддержки, другие ресурсы сообщества. Расставание. Получение книг, брошюр, предназначенных для пользователей помощи. Чаепитие.

По нашему опыту, после прохождения родственниками пациентов курса психообразования у них не только увеличивается объем знаний в области психиатрии, формируются навыки эффективного общения с больным, но, что очень важно – появляется общее представление о собственных психологических проблемах и запрос на помощь в их решении. В зависимости от характера проблем и степени готовности (мотивации) их решать родственникам могут быть предложены краткосрочные формы психологической помощи (психологическое консультирование, тренинг навыков) или долгосрочная групп-аналитическая психотерапия.

Модуль 2. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование

В рамках рассматриваемой модели психологические консультации обычно предлагаются родственникам после посещения занятий по программе психиатрического просвещения, которая снимает многие вопросы, связанные с недостатком информации о психической болезни, лечении и общении с больным. Психологические консультации направлены на более углубленное по сравнению с психообразовательными занятиями рассмотрение психологических проблем конкретной семьи или родственника больного. Часто консультирование является этапом помощи, ориентирующим родственников в характере и тяжести их психологических проблем, способах и сроках их решения.

Цель психологического консультирования родственников (семей) пациентов. Помощь родственникам в осознании беспокоящих их проблем, понимании скрытых причин проблем и конфликтов, обозначение пути их решения.

Задачи. 1) Выяснение запроса; 2) выявление личностных особенностей членов семьи, влияющих на существующую проблему; 3) обозначение способов решения проблемы; 4) разбор локальных, актуальных на данный момент ситуаций, помощь в их решении; 5) развитие мотивации для участия в последующих этапах программы помощи при необходимости таковой; 6) улучшение эмоционального состояния.

Наиболее часто встречающиеся запросы. Родственники хотят понять, как выстраивать отношения с больным членом семьи; как не спровоцировать рецидив и вести себя во время рецидива; как удержаться от агрессивного поведения по отношению к больному; как вести себя во время конфликта, а также со здоровыми членами семьи и проч. За этими запросами, как правило, стоят серьезные психологические проблемы родственников пациента, а именно – недостаточная дифференциация собственных потребностей и эмоций, непонимание потребностей и чувств пациента. Однако решение этих проблем следует отнести на дальнейший этап психотерапии.

В рамках данного модуля родственникам предлагается 5–7 еженедельных консультаций длительностью 50 мин. Обычно такого количества консультаций достаточно для решения небольших частных проблем. Консультации должны проводить специалисты, имеющие подготовку в области психотерапии и психологического консультирования.

Модуль 3. Тренинг навыков

Следующим этапом социально-психологической помощи в рассматриваемой модели является психологический тренинг, направленный на выработку необходимых родственникам навыков: управления своим эмоциональным состоянием, общения с пациентом и медицинским персоналом, решения проблем.

Актуальность его проведения связана с часто встречающимися у родственников больных чрезмерной эмоциональной вовлеченностью в болезнь близкого (в виде критических замечаний в его адрес, враждебного отношения и излишней опеки), неспособностью справиться со своими чувствами (гневом, чувством вины, страха), состоянием хронического стресса, сложностями при решении проблем, связанных с болезнью члена семьи. Как было ранее отмечено, высокий уровень проявления эмоций у родственников способствует развитию рецидива заболевания, а позитивные замечания, теплое отношение и адекватное восприятие больного препятствуют ему. Помимо этого, навыки решения проблем в семье повышают стрес-

соустойчивость не только членов семьи, но также самого пациента, способствуют достижению его успешного социального приспособления и эффективного функционирования.

Участвовать в тренинге, прежде всего, рекомендуется следующим категориям родственников: проживающим с пациентами, у которых рецидивы происходят чаще 1 раза в год; часто обращающимся к персоналу с просьбой о помощи или утешении; проживающим в семьях с многочисленными конфликтами с оскорблениями или физическим насилием; одиноким родственникам, самостоятельно заботящимся о пациентах.

Цель тренинга. Гармонизация семейных отношений и эмоциональной атмосферы в семье, повышение стрессоустойчивости.

Задачи тренинга. 1) Углубление знаний о чувствах и эмоциях; 2) получение опыта эмоциональной регуляции, осознания собственного эмоционального состояния, рефлексии его изменений, поиска и формирования ресурсов его гармонизации; 3) развитие способности безоценочного принятия чувств; 4) развитие умения выражать эмоции; 5) формирование навыков совладания с собственными чувствами, проявлениями агрессии; 6) развитие эмпатии; 7) развитие навыков коммуникации с пациентом, медицинским и иным персоналом психиатрических учреждений; 8) развитие навыков решения проблем.

Тренинг объединяет техники различных психотерапевтических подходов (когнитивно-бихевиорального, гуманистического, психодинамического). В процессе тренинга задействованы разные уровни работы с его участниками – информационный, личностный, поведенческий. В программе тренинга соединены мини-лекции, дискуссии, упражнения по отработке навыков, ролевые игры, разбор случаев, элементы арттерапии, сказко-терапии, телесно-ориентированной терапии (в виде специальных упражнений для развития тела), медитация и др. Тренинг включает 12–20 групповых занятий по 1,5–2 ч., количество участников в группе от 10 до 15, группа закрытая. Тренинг проводят специалисты, имеющие подготовку в области психологии и психотерапии.

Модуль 4. Групп-аналитическая психотерапия родственников людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями

Групп-аналитическая психотерапия является важным звеном психологической помощи членам семей больных. Большинству родственников пациентов показан этот вид психотерапии, поскольку они страдают от серьезных психологических проблем, которые длятся годами, имеют системный характер, значительную степень выраженности и трудно поддаются коррекции без длительного глубинного воздействия. Родственникам редко удается самостоятельно изменить отношения с больным. Этому препятствуют устоявшиеся привычки членов семьи, неосознанные болезненные аффекты, установки и особенности коммуникации, ведущие к конфликтам.

Целью групп-аналитической психотерапии членов семьи пациента является освобождение их внутренней психической жизни от неосознанных представлений и аффектов (например, страха, гнева, зависти), которые составляют причину беспокоящих их проблем, мешают развитию личности и достижению изменений в отношениях с больным и в жизненной ситуации в целом. Данная цель достигается посредством самопознания в процессе межличностного взаимодействия в группе. Осознание собственных чувств и желаний происходит одновременно с улучшением понимания других людей и налаживанием коммуникации, что в итоге позволяет родственникам решить психологические проблемы, по поводу которых они обращаются к психотерапевту. Можно выделить 2 основные группы таких проблем: выработка оптимального поведения с больным, способствующего его лечению и реабилитации; уменьшение собственного психологического страдания и улучшение качества жизни.

Задачами групп-аналитической психотерапии родственников являются: 1) адаптация к ситуации, связанной с болезнью члена семьи; 2) развитие способности чувствовать ценность собственной жизни, удовлетворять свои потребности, не сводить свою активность к переживаниям и заботе о больном; 3) понимание своего внутреннего мира, укрепление идентичности, силы Эго, стрессоустойчивости, обучение дифференциации своих чувств и потребно-

стей больного; 4) преодоление «гиперопеки», «отвержения» и защитного «обесценивания» больного, нахождение оптимальной меры требований к нему; 5) помощь в совладании с чувствами вины, беспомощности, печали, стыда и злости по поводу болезни близкого; 6) понимание скрытых причин проблем и конфликтов, осознание своих психологических черт, влияющих на отношения в семье и состояние больного; 7) обмен опытом и нахождение конструктивных способов поведения.

Общая характеристика метода. Теоретической основой групп-анализа служат психоаналитическая теория, гештальтпсихология и социология. Основной процедурой групп-анализа является метод свободных интеракций или свободно плавающая дискуссия. Метод учитывает максимальное разнообразие векторов терапевтического воздействия в группе: оно направлено как на отдельного индивида, так и на группу в целом, и оказывается как психотерапевтом, так и самой группой.

Групп-аналитическая психотерапия является методом, сфокусированным на решении проблем межличностного взаимодействия, что актуально для большинства родственников больных. Этот вид психотерапевтического вмешательства проводится в малых группах (5–12 человек), рассматривающихся как модель семьи и общества. При взаимодействии в группе актуализируются паттерны межличностного поведения членов группы, порождающие проблемы при общении с больным или с другими членами семьи, а также в различных коллективах или при адаптации в обществе в целом. Групп-аналитическая психотерапия позволяет осознать эти особенности общения и изменить их на более конструктивные способы поведения. Участник может применять полученный позитивный опыт и в других коллективах, в первую очередь, в семье. Таким образом, прохождение курса групп-аналитической психотерапии позволяет снизить дистресс родственников от проблем в межличностном взаимодействии и социальной адаптации.

В групп-аналитической психотерапии создаются условия и для того, чтобы родственники больных могли поделиться переживаниями, получить опыт принятия и понимания их проблем со сто-

роны окружающих, научиться справляться с чувствами по поводу болезни близкого. Таким образом, групп-аналитическая группа выполняет терапевтическую функцию «контейнирования» непереносимых чувств, то есть функцию «пространства» для размещения и удержания ранее неподконтрольных разрушительных аффектов. Эта функция подобна способности матери успокоить ребенка, помочь ему справиться со своими чувствами с помощью эмоциональной поддержки. Считается, что на символическом уровне группа отождествляется участниками с материнским образом. «Контейнирование» извне формирует у человека способность совладания с собственными аффектами. В результате длительный позитивный опыт пребывания в групп-аналитической группе помогает справиться с острыми переживаниями по поводу болезни близкого, а также, в определенной степени, восполняет часто встречающийся у родственников больных дефицит заботы о них и принятия их такими, какие они есть.

Показанием к групп-анализу является часто отмечаемое преимущество групповой формы психотерапии для родственников в связи с пользой обмена опытом. Наличие общих проблем позволяет преодолеть чувства одиночества и изоляции, характерные для членов семьи психически больного, а различия в опыте открывают новое видение своей ситуации. Группа развивает умение видеть проблемы со стороны и находить выход.

Необходимо отметить, что термин «группа» в групп-анализе употребляется как в значении «сообщество людей», так и в значении «групповой процесс».

Организация групп-аналитической психотерапии. Групп-аналитическую психотерапию родственников проводят профессионально обученные психотерапевты – групп-аналитики под регулярной супервизией.

На всех этапах психотерапии групп-аналитик выступает в двух основных ролях: динамического администратора группы (выполняя административно-организационные функции с учетом их влияния на психотерапевтическую динамику) и в терапевтической роли ведущего.

Для реализации данного модуля предлагаются общие рекомендации по планированию и проведению групп-аналитической психотерапии для родственников психически больных, учитывающие закономерности группового развития на различных этапах двухгодичной группы. Их необходимо применять с учетом уникальности каждой конкретной группы.

Пошаговое руководство по организации групп-аналитической психотерапии с родственниками пациентов

1. Этап формирования группы

Шаг 1. Запланируйте группу, создайте ее мысленный образ. Продумайте следующее.

1. Для кого эта группа, какова ее цель и предполагаемые результаты.

2. Сеттинг группы, то есть базовые договоренности, набор правил, организующих психотерапевтическую ситуацию и касающихся времени, места, количества участников, оплаты психотерапии, приема в группу, поведения в ней и некоторых других аспектов. Эти договоренности могут быть разными, но будучи принятыми, должны соблюдаться на протяжении всего курса психотерапии.

2.1. Состав группы: по численности, полу, возрасту, проблемам, структуре личности.

2.2. Формат группы: открытая (вход свободный для новых участников), полуоткрытая (состав постоянный, но если кто-то уходит, то на его место может прийти новый участник), закрытая (постоянный состав, новые члены не принимаются). Для групп-аналитической психотерапии родственников рекомендуется выбирать полуоткрытый (для долгосрочных групп) или закрытый (для краткосрочных групп) формат.

2.3. Временные рамки: общая продолжительность курса психотерапии (для решения типичных проблем родственников обычно требуется не менее 2–3 лет), фиксированная или открытая дата его окончания, частота встреч (обычно 1 раз в нед.), продолжительность сессии (стандартная групп-аналитическая сессия – 1,5 ч.),

день недели и время занятий (должны быть постоянными), дата 1-го занятия.

2.4. Пространственные рамки: постоянное место проведения, отдельное, шумное непроходное помещение, подходящее для того, чтобы участники сели в круг.

2.5. Оплата психотерапии.

2.6. Правила группы (см. приложение 1).

2.7. Ведение группы: одним или двумя психотерапевтами.

Шаг 2. Заключите ясные, четкие договоренности, обеспечивающие соблюдение сеттинга, со всеми людьми и организациями, от которых будет зависеть работа группы.

Шаг 3. Осуществите набор группы.

Проведите предварительные индивидуальные интервью с кандидатами в группу. Цель интервью – отбор кандидатов и подготовка их к работе в группе. Отбор осуществляется на основании показаний/противопоказаний для конкретного человека и с учетом интересов группы. Основными показаниями для участия являются наличие психологических проблем, мотивация их решать, способность к рефлексии и достаточная для нахождения в группе устойчивость Эго. Основной принцип формирования композиции группы – принцип «Ноева ковчега»: никто не должен быть в изоляции, у каждого должна быть пара по какому-либо признаку (полу, возрасту, характеру и проч.). В процессе интервью решите описанные ниже задачи:

1. Выясните проблему человека, установите с ним эмоциональный контакт. Родственники часто жалуются не на свои проблемы, а на больного. Узнайте, что в проблемах больного волнует самого обратившегося к вам родственника, с какими чувствами не справляется он сам, в чем состоят собственно его трудности. Постарайтесь понять, как психологические проблемы родственника мешают ему оптимально помогать больному, покажите ему эту связь. Объясните, как психотерапия может помочь в решении этих проблем.

2. Обсудите ожидания родственника от психотерапии. Объясните, какие из них реалистичны, а какие нет. Поддержите надежду его на достижение результата.

3. Предоставьте подробную информацию о группе: о ее сеттинге и правилах. Разъясните родственнику каждое правило и его смысл. Обсудите возникающие вопросы. Получите подтверждение о согласии следовать правилам.

4. Выясните сомнения и опасения родственника относительно участия в группе. Узнайте, как складывались прежде его отношения в коллективах. Предупредите, что если были проблемы, они могут снова актуализироваться в группе. Обсудите риск этого и возможности более конструктивного выхода из проблемной ситуации во время психотерапии.

5. Если родственник принял решение пройти курс психотерапии и вы решили включить его в группу, договоритесь о начале психотерапии. Можно оформить письменное согласие родственника об участии в психотерапевтической программе и о том, что он (она) информирован (-а) о целях и методе групп-аналитической психотерапии.

6. Если в результате интервью стало понятно, что групп-аналитическая психотерапия не подходит данному родственнику, порекомендуйте ему альтернативные виды помощи.

II. Начало группы. Ранний этап развития группы (первые 2–3 мес.)

Групп-аналитическая группа как целостный организм проходит в своем развитии ряд этапов. Понять специфику групповых процессов на разных этапах помогает их сопоставление со стадиями развития индивидуума, описанными в различных психоаналитических теориях (З. Фрейд, М. Кляйн и др.). Конечно, такое сравнение условно, но идея рассмотрения группы как коллективного индивидуума, проходящего в своем развитии фазы аналогичные онтогенетическому развитию, оказывается полезной.

Ранний этап группы можно сопоставить с оральной стадией по З. Фрейду, шизоидно-параноидной позицией по М. Кляйн и, согласно М. Нитсан, с процессом развития младенца. Главной целью ранней стадии развития младенца и группы является интеграция. Вначале группа не является единым целым. Новизна и необычность ситуации (для многих это – первый опыт групповой психотерапии),

а также раздробленность и неинтегрированность группы (аналогичная внутреннему миру младенца) порождают беспокойство участников. Начало занятий в группе заставляет человека регрессировать к своим детским состояниям. Группа в это время имеет потенциал роста, но этот момент – критический для ее выживания.

Раннюю групповую динамику характеризуют следующие особенности: на фоне еще не сформированных связей у участников есть стремление к групповому объединению, желание быть принятыми группой; в то же время члены группы могут испытывать «раннюю» враждебность по отношению друг к другу и страх враждебности по отношению к себе, страх разрушения группы (еще хрупкого единства) враждебностью и выбывшими участниками, которые, как правило, бывают на раннем этапе группы. В отличие от последующих этапов, когда уход участников из группы переживается оставшимися как потеря и разрыв привязанности, на этом этапе он скорее представляет угрозу существованию группы. Психотерапевт и участники группы должны стремиться к восстановлению единства группы. На этом этапе в группе проявляются желание слияния и страх поглощения. Вначале также возможно раздражение по отношению к ведущему, но чаще преобладают зависимость и идеализация.

Шаг 4. Начните занятия в группе. Ведите ее с учетом особенностей динамики раннего этапа развития группы. Работайте над интеграцией группы, развитием коммуникации, формированием рефлексивной групп-аналитической культуры.

1. Четко исполняйте роль динамического администратора, на этом этапе она особенно важна. Поддерживайте сеттинг. Первые 2–3 мес. не меняйте время и место занятий, не отменяйте их. Не начинайте группу, если в первые 8 недель придется сделать перерыв (из-за каникул, вашей командировки и проч.). Группа на этом этапе своей жизни хрупка, как младенец, и любые изменения могут привести к ее распаду.

2. Как терапевт осознавайте зависимость группы от вас на раннем этапе и берите на себя ответственность за заботу о ней, по-

могайте справляться со страхом, смятением, способствуйте безопасности, делайте интегрирующие группу вмешательства.

3. Развивайте культуру рефлексии в группе. Помогайте участникам научиться исследовать бессознательные индивидуальные и групповые фантазии, лежащие в основе текущих переживаний и группового взаимодействия. Формируйте психологическое пространство для такого исследования (рефлексивное пространство).

4. Избегайте преждевременных глубинных интерпретаций.

5. Не стимулируйте излишнюю зависимость, не включайтесь в активную поддерживающую позицию больше, чем это необходимо группе. Внешне пассивная позиция групп-аналитика в неструктурированной ситуации свободной дискуссии на раннем этапе терапии обычно фрустрирует участников, не отвечая ожиданиям зависимой группы. Это может побуждать ведущего удовлетворить желание группы и выйти за рамки групп-аналитической ситуации – начать давать советы и проч. Справляйтесь с этим желанием, не удовлетворяйте прямо желания участников, а реагируйте на тревогу, побуждающую их вопросы. Например, на сессии начального периода группы матери больных шизофренией обсуждали тяжелое положение своих детей и бесполезность советов врачей, затем они обратились за советом к ведущему. Вмешательство психотерапевта не содержало прямого ответа, а исследовало тревогу участниц, стоящую за вопросами, и было следующим: «Что бы я сейчас не порекомендовала, это будет еще одним недейственным для вас советом. Что сейчас с вами происходит, почему вам понадобился мой совет?» Одна участница сказала, что чувствует себя плохой матерью, так как не может помочь сыну. Это открыло доступ к реальной тревоге, ставшей явной для проработки в группе. Прямые ответы и советы увели бы от обсуждения актуальных для группы чувств.

6. Важно отметить, что тема «плохой матери» – важная в группе родственников. Они сознательно или неосознанно считают себя «плохими» матерями, имеют претензии к собственным «плохим» матерям и могут воспринимать психотерапевта и группу как «плохую мать». Фантазия о «плохой матери» существует наряду с фантазией об «идеальной матери». Психотерапевту важно разгра-

ничивать фантазии участников о нем как о «плохой» или «идеальной» матери с его реальной заботой о группе. Идентификация психотерапевта с подобными фантазиями должна подвергаться его рефлексии, ему следует ридентифицироваться с такими ожиданиями участников и действовать, исходя из реальности и интересов развития группы и каждого в отдельности.

7. Регулярно супервизируйтесь. На ранних этапах психотерапевт тоже испытывает тревожность. Необходима система профессиональной поддержки самого ведущего.

8. Осуществляйте вмешательства, переводящие фокус внимания участников с рассказов об их больных родственниках на них самих. Спецификой группы родственников является фиксированность их внимания на больном, сложность говорить о себе, презентация себя через разговоры о пациенте, неспособность дифференцировать свои и его потребности. Разговоры о больных занимают основное время сессии в течении нескольких месяцев. Отчасти они необходимы, поскольку родственники фрустрированы болезнью члена семьи и лишены возможности обсуждать это вне группы. Однако простая разрядка напряжения через «нескончаемые» разговоры о больных не решает проблем участников. Относясь с пониманием к потребности выговориться на болезненную тему, по возможности побуждайте родственников к пониманию себя и своего вклада в имеющиеся проблемы.

III. Рабочая фаза группы

Через 8–12 недель происходит формирование группы как целого коллектива, наступает относительная стабилизация, уменьшается беспокойство о выживании группы, появляется готовность к более глубокому исследованию личностных проблем, тем вины, стыда, деструктивности, сексуальности и др. Группа входит в рабочую фазу.

Спецификой динамики группы родственников на этом этапе является увеличение удельного веса разговоров о себе. Члены группы перестают прятаться за «спинами больных», и перед ними встают проблемы их собственной идентичности, которые выражаются

в страхе проявления их личности, страхе оценки, комплексе «отличника», «хорошей/хорошего девочки/мальчика» и проч. Затрагиваются проблемы половой идентичности. Например, у участниц одной группы возник «образ Золушки», которой нужна фея, признающая за Золушкой право «поехать на бал», быть женственной и привлекательной, а не только трудиться на свою семью, что символически отражало потребность признания их женственности матерью для становления женской идентичности. В группе прорабатываются нарциссические проблемы. Группа начинает также выполнять функцию зеркала для участников: они делятся, как воспринимают друг друга, и видят себя в глазах другого как в зеркале. В обсуждении могут затрагиваться темы зеркала и его качества, кривых зеркал. Зеркало имеет символический смысл «глаз матери», смотря в которые, ребенок видит ее реакцию на него, и это имеет для него смысл собственного отражения. По словам многих участников, их матери часто неадекватно оценивали их, что исказило представление о себе членов группы, сформировало низкую самооценку. Участники на данном этапе психотерапии обнаруживают и в себе схожие реакции уже по отношению к собственным детям и другим членам семьи.

Шаг 5. Следуйте за групповыми темами и потребностями, помогайте участникам справиться со следующими задачами по мере их актуализации.

1. Содействуйте участникам в проработке проблем зависимости, симбиоза, гиперопеки, способствуйте процессам внутренней сепарации с больным.

1.1. Помогайте участникам справляться со страхом проявить собственные мысли и чувства, способствуйте исследованию и укреплению их идентичности.

1.2. Помогайте совладать со страхом изменений, проявляющемся в заикленности на больных, обесценивании изменений, ощущении «мертвой», «безжизненной» группы.

1.3. Легализуйте выражение любых чувств, поддерживайте интерес и желания.

2. Помогайте участникам в проработке нарциссических проблем.

2.1. Способствуйте выражению ярости, злости участников словами.

2.2. Поддерживайте коммуникацию, позволяющую делиться видением друг друга.

2.3. Поддерживайте любые успехи, достижения участников.

2.4. Обеспечьте признание их женственности или мужественности, способствуйте укреплению половой идентичности.

IV. Заключительный этап группового процесса

На заключительном этапе группы сепарационная тревога максимальна, и ее проработка является важнейшей терапевтической задачей.

Шаг 6. Помогите группе совладать с сепарационной тревогой, выделить и признать результаты психотерапии, справиться со страхом по поводу будущего.

1. Помогите осознать группе сепарационную тревогу, исследуйте мысли, чувства, фантазии, связанные с окончанием встреч в группе, тестируйте их на соответствие реальности.

1.1. Способствуйте выражению всего богатства чувств относительно окончания занятий в группе.

1.2. Помогите участникам пережить разочарование из-за нерешенности всех проблем. Можно обратить их внимание на следующие обстоятельства: 1) необходимо смириться с тем, что все проблемы никогда не будут решены; 2) в процессе психотерапии участники проделали путь личностного развития, перешли на новый уровень психического функционирования в проблемных ситуациях, достигли целей, поставленных до психотерапии; 3) их жизненная ситуация будет меняться и после окончания психотерапии, так как изменились они сами; 4) важный результат для родственников с проблемами психологической зависимости принесет именно опыт окончания занятий и сепарации с группой, с которым они смогут более или менее удовлетворительно справиться.

2. Обсудите результаты психотерапии каждого и группы в целом. При обесценивании укажите на него и исследуйте сложности признания своих достижений. Поинтересуйтесь, как их родители относились к их достижениям, признавали ли их. Выделите достижения участников, признайте их сами, членам группы важно услышать оценку именно от вас.

3. Обсудите страх и сомнения участников относительно будущего, исследуйте тревожащие их ситуации. Выявите их внутренние ресурсы для опоры в этих ситуациях.

Шаг 7. Продумайте систему поддержки участников после окончания встреч в группе, если у них будет в ней потребность (индивидуальные консультации, дополнительный курс психотерапии и проч.). Предоставьте членам группы эту информацию.

В заключение можно сказать, что в первые 2 года групп-аналитической психотерапии в основном происходит психологическая проработка созависимости и нарциссических проблем. Тем родственникам, которые изначально не испытывали больших затруднений в каких-либо областях, кроме взаимодействия с больным, бывает достаточно психотерапии такой длительности. Им удается решить проблему созависимости и устранить внутренние комплексы, мешающие развитию их личности, взаимоотношений с больным и отношений в семье. Некоторым родственникам требуется для решения их психологических проблем более длительная психотерапия (3–5 лет).

Модуль 5. Участие родственников психически больных в работе общественной организации

Вовлечение семей пациентов в общественные организации пользователей психиатрической помощи обеспечивает расширение их социальных сетей, получение значительного объема социально-психологической поддержки (эмоциональной, инструментальной), способствует самоутверждению, самораскрытию, формированию активной гражданской и жизненной позиции.

Члены организации обнаруживают, что они не одиноки, что в других семьях имеются схожие проблемы, которые легче решать вместе, сообща. Встречаясь, родственники больных имеют возможность «выговориться», «исповедоваться», «облегчить душу». Такой подход обладает мощным целительным эффектом, который, порой, не доступен даже профессионалам.

Общественные организации пользователей психиатрической помощи становятся важным звеном современной психиатрической помощи, способным удовлетворить многие потребности психически больных и членов их семей, улучшить их положение в обществе. Большинство членов общественных организаций хотят влиять на существующую ситуацию, а именно, изменять законы, улучшать качество помощи, стимулировать исследователей для поиска новых методов лечения и диагностики.

В разработанной модели помощи родственникам пациентов предлагается участвовать в работе региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье», функционирующей на принципах партнерства и состоящей из пациентов, их родственников, профессионалов сферы психического здоровья. На занятиях программы психиатрического просвещения родственники знакомятся и с другими общественными организациями («Новые возможности», «Круг», «Русский дом» и проч.), которые могут стать для них важным ресурсом помощи и поддержки.

Цель общественных организаций – содействие интеграции лиц с нарушениями психического здоровья и членов их семей в общество, повышение качества их жизни.

Задачами общественных организаций являются социально-психологическая и информационная поддержка, помощь в кризисных ситуациях, проведение программ по психосоциальной реабилитации, расширение социальных сетей пациентов и их родственников, защита их прав и интересов, изменение в обществе образа психически больного человека.

Защита прав психически больных, в том числе при оказании им психиатрической помощи, является одной из важнейших задач общественных организаций. В Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» есть статья 46 «Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи». В этой статье Закона и комментариях к ней отмечена важность деятельности общественных объединений, определена обязанность администрации психиатрических учреждений оказывать содействие

представителям общественных организаций, предоставлять им необходимую информацию и проч. Введено право представителей общественных объединений быть включенными в состав различных советов, комиссий, создаваемых для контроля качества помощи, оказываемой психически больным, условиями их содержания. Другой важный аспект правозащитной деятельности общественных организаций потребителей помощи может быть связан с защитой самих психиатрических учреждений, например, когда им грозит сокращение финансирования.

Основные направления работы общественных организаций пользователей психиатрической помощи связаны с теми задачами, которые перед ними стоят. Это само- и взаимоподдержка, реабилитация, психиатрическое просвещение, проведение досуговых мероприятий, участие в программах по уменьшению стигматизации и дискриминации людей с психическими расстройствами и многие другие.

Роль профессионалов службы психического здоровья в создании и работе общественных организаций пользователей помощи. Профессионалы могут сыграть важную роль на этапе становления таких организаций, особенно в плане инициирования родственников и пациентов для участия в общественном движении. Они могут оказывать методическую помощь в развитии деятельности организации: информировать, консультировать лидеров организации или групп поддержки по вопросам образования в области психиатрии, правовым и иным аспектам. Профессионалы могут помочь в составлении стратегических планов организации. Крайне полезной помощью профессионалов может быть выпуск литературы для пациентов и членов их семей.

Создание общественной организации. Для создания организации могут быть использованы различные пути. В большинстве случаев инициаторами их создания являются сами люди, затронутые общей проблемой (пациенты, родственники), либо работающие с ними специалисты, которые видят необходимость в дополнительной социально-психологической поддержке пациентов или их близких. Возможны разные способы существования такой организации (неформальной группы): создание общественной организации без

регистрации; вхождение в состав другой некоммерческой организации; создание общественной организации с последующей ее регистрацией (в настоящее время действует федеральный Закон «Об общественных объединениях» от 19.05. 1995 № 82-ФЗ с последующими изменениями).

Выбор формы существования организации зависит от масштабов ее деятельности и, прежде всего, от планов финансового развития. Если предполагается вести относительно обособленную жизнь, не заниматься поиском пожертвований, не подавать заявок на гранты, не обращаться с предложениями к городским или федеральным властям, то следует избрать самый простой вариант – существовать как неформальная группа, без каких бы то ни было формальных организационных проблем.

Работа общественных организаций строится на добровольных началах и демократичном стиле управления ее деятельностью. Как правило, общественная организация работает непосредственно в обществе, являясь важным элементом общественно ориентированной психиатрии.

Критерии оценки качества социально-психологической помощи в рамках предложенной модели

Для оценки качества социально-психологической помощи родственникам психически больных предлагаются следующие критерии.

1) Удовлетворенность участников: для всех элементов модели (приложение 2).

2) Увеличение объема знаний и умение распознавать симптомы рецидива: психообразование (см. приложение 2).

3) Уменьшение бремени родственников психически больных: для всех элементов модели. Для измерения бремени можно использовать опросник G. Szmukler «Experience of Caregiving Inventory» (ECI), 1994 или «Опросник по оценке бремени родственника психически больного», ВОЗ, 1994.

4) Улучшение качества жизни родственников: для всех элементов модели. Для оценки качества жизни можно использовать опросник «MOS 36-Item Short-Form Health Survey» (SF-36), разработанный J. Ware и соавт., 1993.

5) Достижение поставленной цели по решению проблемы и удовлетворенность психотерапией. Выявляется опросником «Оценка эффективности психотерапии», заполняемым по окончании курса психотерапии (приложение 3).

6) Уменьшение дистресса, вызванного проблемами социальной адаптации: для психотерапии, тренинга навыков и консультирования. Тестируется с помощью Шкалы социальной адаптации «The Social Adjustment Scale-Self Report» (SAS-SR), M. Weissman и S. Bothwell, 1976, адаптированной в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН.

7) Уменьшение дистресса, вызванного проблемами в межличностном общении: для психотерапии, тренинга навыков. Тестируется с помощью методики исследования межличностных проблем «Inventory of Interpersonal Problems» (IIP), L. Horowitz, 2000, адаптированной в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН.

8) Уменьшение жалоб на соматические и психологические симптомы: для тренинга навыков, психотерапии. Регистрируется с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики «Symptom Check List-90-Revised» (SCL-90), L. Derogatis и соавт., 1974.

Эффективность метода

В разработанной модели психосоциальной помощи по всем модулям приняли участие более 300 родственников психически больных.

В результате социологического опроса участников образовательной программы, удовлетворенность участием в ней выявлена у 88,6% респондентов. У подавляющего большинства родственников объем знаний о проявлениях болезни, лечении, формах психиатрической и социальной поддержки и о том, как себя вести при обостре-

рении заболевания, существенно увеличился (79,5%, 86,4%, 86,4%, 77,3% соответственно). Было выявлено, что более чем 2/3 участников программы (68,2%) используют полученные знания при общении с больным, профессионалами, для решения семейных проблем.

Результаты изучения в динамике качества жизни (с использованием международного опросника SF-36) родственников психически больных, участвовавших в разработанной нами программе психиатрического образования, продемонстрировали наличие четкой тенденции к его улучшению практически по всем шкалам (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, общее здоровье, энергия/жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье).

Родственники, участвовавшие в тренинге по развитию навыков управления эмоциональным состоянием, решения проблем и коммуникативных навыков отмечали, что отношения с больными стали заметно лучше (79%). По мнению 65,9% респондентов, уменьшилось число конфликтов в семье, снизились психологические тяготы (73%), расширился круг общения (91%), улучшились коммуникативные навыки (78%) и навыки совладания с негативными чувствами, повысилась готовность делиться своими проблемами с другими родственниками (58%), что приводило к субъективно менее тяжелой оценке родственниками своей ситуации.

Исследования показывают, что после двухгодичного курса групп-аналитической психотерапии, пройденного родственниками пациентов (21 человек), у 61% из них уменьшился общий дистресс, связанный с проблемами социальной адаптации; у 81% улучшилась адаптация в своей семье, то есть уменьшились чувства вины, негодования, чрезмерного неоправданного беспокойства в отношении членов семьи, разочарование по поводу отсутствия интереса или поддержки со стороны других членов семьи и чувство несоответствия их ожиданиям; улучшилось восприятие собственной способности отвечать финансовым потребностям своей семьи. У 76% членов группы уменьшился дистресс от проблем в межличностном общении, связанных с неуверенностью и низкой самооценкой.

Приложения

Приложение 1

Правила групп-аналитической психотерапии

1. В любое время каждый участник может обращаться к другим участникам и ведущим, вступать с ними в разговор и свободно говорить о том, что приходит ему в голову – о мыслях, чувствах, воспоминаниях, фантазиях, сновидениях и прочем.
2. В группе можно только говорить, нельзя действовать.
3. Не обсуждать вне группы то, что говорится в группе, ни с участниками группы, ни с другими людьми.
4. Регулярно посещать занятия и не опаздывать.
5. Не вступать в сексуальные отношения с участниками группы, пока продолжается психотерапия.
6. Предупреждать других участников и ведущих о выходе из группы минимум за 4 занятия (*могут задаваться разные сроки в зависимости от сеттинга группы*).
7. Во время прохождения групп-аналитической психотерапии не рекомендуется участвовать в других психотерапевтических программах.

Приложение 2

Опросник участника программы психиатрического просвещения (психообразования)

Обращаемся к Вам с просьбой принять участие в социологическом опросе. Ваши ответы помогут в совершенствовании психиатрической и социально-психологической помощи.

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый вопрос и возможные варианты ответов на него. Затем выберите тот ответ, с которым Вы согласны, и подчеркните нужный вариант.

Все полученные от Вас сведения являются конфиденциальными и не подлежат разглашению.

Ф.И.О. _____

Дата заполнения _____ Возраст _____ Пол ____.

Семейное положение: холост/не замужем, женат/замужем, в разводе, вдовец/вдова (нужное подчеркнуть).

Образование: высшее, среднее специальное, среднее, начальное (нужное подчеркнуть).

Кем приходиться пациенту: мать/отец, муж/жена, прочее (указать) _____.

Работаете, не работаете, на пенсии, на пенсии, но работаете (нужное подчеркнуть).

Проживаете совместно с пациентом, отдельно от него (нужное подчеркнуть).

При ответе на следующие вопросы выберите один вариант ответа и подчеркните его.

1. Понятно ли Вам рассказали о проявлении психических расстройств?

Вполне. Нет. Более или менее понятно. Затрудняюсь ответить.

2. Понятно ли Вам рассказали о лечении психических расстройств?

Вполне. Нет. Более или менее понятно. Затрудняюсь ответить.

3. Увеличился ли объем Ваших знаний после участия в программе?

3.1. О проявлении болезни:

Существенно. В некоторой степени. Нет. Затрудняюсь ответить.

3.2. О лечении:

Существенно. В некоторой степени. Нет. Затрудняюсь ответить.

3.3. О формах психиатрической и социальной помощи:

Существенно. В некоторой степени. Нет. Затрудняюсь ответить.

3.4. О том, как себя вести при обострении заболевания:

Существенно. В некоторой степени. Нет. Затрудняюсь ответить.

4. Используете ли Вы знания, полученные при участии в программе семейного психиатрического просвещения в повседневной жизни?

Использую в полной мере. Использую часто. Иногда использую. Не использую. Затрудняюсь ответить.

5. Изменились ли Ваши отношения с больным родственником в семье?

Стали лучше. В какой-то степени улучшились. Остались такими же. Затрудняюсь ответить.

6. Уменьшилось ли число конфликтов в семье после прохождения программы семейного психического просвещения?

Уменьшилось значительно. В какой-то мере уменьшилось. Осталось на прежнем уровне. Затрудняюсь ответить.

7. Уменьшилось ли эмоциональное напряжение в семье после прохождения программы семейного психиатрического просвещения?

Уменьшилось значительно. В какой-то мере уменьшилось. Осталось на прежнем уровне. Затрудняюсь ответить.

8. Как изменились Ваши отношения с медицинским персоналом после прохождения программы семейного психиатрического просвещения?

Стали лучше. В какой-то степени улучшились. Остались такими же. Затрудняюсь ответить.

9. Расширился ли круг Вашего общения после участия в программе семейного психиатрического просвещения?

Да, существенно. В какой-то мере расширился. Нет, остался на прежнем уровне. Затрудняюсь ответить.

10. Готовы ли Вы делиться своими проблемами с другими родственниками?

Вполне. В некоторой степени. Нет. Затрудняюсь ответить.

11. Становится ли Вам легче, если Вы поделитесь своими проблемами с другими родственниками?

Существенно. В некоторой степени. Нет. Затрудняюсь ответить.

12. Вы удовлетворены своим участием в программе психиатрического просвещения?

Вполне удовлетворен. Удовлетворен. Не удовлетворен. Затрудняюсь ответить.

13. Вы хотели бы продолжить дальнейшее участие в программе семейного психиатрического просвещения?

Да. Нет. Затрудняюсь ответить.

Благодарим Вас за участие в работе!

Оценка эффективности психотерапии

(заполняется после психотерапии)

ФИО _____

Дата _____

1. Отмечаете ли Вы какие-либо изменения в своей жизни в связи с курсом психотерапии (нужное обвести)?

0 – совсем нет; 1 – да, небольшие; 2 – да, средние; 3 – да, очень значительные, 4 – да, вся моя жизнь изменилась благодаря психотерапии.

2. Какие у Вас были проблемы перед началом психотерапии?

3. Что Вы ожидали получить от психотерапии, когда начинали ходить в группу? _____

4. Удалось ли Вам решить проблемы, которые имелись у Вас перед началом психотерапии (нужное обвести)?

Да. Нет. Частично.

На сколько процентов от 1 до 100 решены Ваши проблемы?

5. Дала ли психотерапия что-то, о чем Вы не задумывались в начале, когда решили пойти в группу (нужное обвести).

Да. Нет. Если «да», напишите, что это. _____

6. Оцените, пожалуйста, степень Вашего согласия с указанными ниже утверждениями по шкале от 0 до 4, где:

0 – нет, 1 – сомневаюсь, 2 – пожалуй, да, 3 – да, 4 – совершенно согласен.

Обведите нужную цифру напротив каждого утверждения:

- Психотерапия помогла мне решить психологические проблемы.
0, 1, 2, 3, 4
- Психотерапевты помогли мне.
0, 1, 2, 3, 4
- Я нашел (нашла) общий язык с другими участниками.
0, 1, 2, 3, 4

- Я получил (-а) поддержку и понимание других участников.
0, 1, 2, 3, 4

7. Довольны ли Вы, что прошли курс групп-аналитической психотерапии (нужное обвести)?

Да. Нет.

Чем именно Вы довольны? _____

Чем Вы недовольны? _____

8. Хотите ли Вы и считаете для себя полезным участвовать в будущем в длительных групп-аналитических программах (нужное обвести)?

Да. Нет.

Благодарим Вас за участие в работе!