

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

**Ениколопов С.Н., Воронцова О. Ю., Медведева Т.И., Бойко О.М.**

**Технология психотерапии**

**ГРУППОВАЯ СТАЦИОНАРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ  
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ С АУТОАГРЕССИВНЫМ  
ПОВЕДЕНИЕМ**

Методические рекомендации

**Москва  
ФГБНУ РНЦПЗ  
2026**

УДК 615.03, 616.89, 616-05, 616-01, 159.9  
ББК 56.14

**Авторы:**

**Ениколопов С.Н.**, заведующий отделом медицинской психологии, кандидат психологических наук;

**Воронцова О. Ю.**, научный сотрудник отдела медицинской психологии;

**Медведева Т.И.**, научный сотрудник отдела медицинской психологии;

**Бойко О.М.**, научный сотрудник отдела медицинской психологии.

Групповая стационарная психотерапия при аффективных расстройствах с аутоагрессивным поведением: Методические рекомендации / Ениколопов С.Н., Воронцова О. Ю., Медведева Т.И., Бойко О.М. М.: ФГБНУ РНЦПЗ. – 2026. – 38 с.

Настоящие методические рекомендации являются логическим продолжением многолетнего системного исследования аспектов социальной дезадаптации при психических заболеваниях. Согласно полученным данным, при аффективных расстройствах в той или иной мере страдает произвольная регуляция деятельности и поведения, специфика и характер нарушений существенно определены свойствами темперамента и личностными особенностями пациентов. Основой для реабилитационных мероприятий является сохранная социальная детерминация всех видов деятельности и поведения. Выбор последовательности психологических интервенций осуществляется исходя из методологических положений о системности и субъектности психики; работа с дефицитарными компонентами строится с опорой на сохраняемые звенья в системе регуляции деятельности и поведения; подчеркивается необходимость сотрудничества врача-психиатра, психолога и пациента.

Технология включает описание различных этапов групповой стационарной терапии, предложена модульная комплексная оценка имеющихся у пациентов дефицитов и ресурсов, позволяющая эффективно планировать групповую работу и оценивать результат. Основной областью применения технологии является внедрение в практическую работу в отделениях медицинских учреждений. Ведущими группы могут быть психологи и психиатры, работающие в клиниках или ПНД, после обучения их основным принципам группового психотерапевтического ведения.

*Технология утверждена ученым советом ФГБНУ РНЦПЗ  
(протокол № 8 от 22.10.2025)*

ISBN 978-5-6051426-2-1



© ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», 2026

© Коллектив авторов, 2026

## Введение

Аутоагрессивное несуицидальное самоповреждающее поведение (НСП) в рамках расстройств аффективного спектра находится в фокусе внимания многочисленных исследователей в связи с общемировой тенденцией устойчивого снижения среднего возраста лиц, совершающих аутоагрессивные действия, при одновременном росте числа совершения повторных попыток.

К несуицидальному аутоагрессивному поведению относят различные формы умышленных самоповреждений, целью которых не является добровольная смерть. В психологических исследованиях такой тип аутоагрессивного поведения рассматривается преимущественно в функциональных терминах. Несуицидальное аутоагрессивное поведение чаще всего концептуализируется как деструктивная форма саморегуляции и самопомощи.

В настоящее время многие исследователи придерживаются представления, что аутодеструктивное поведение (self-destructive behavior) саморазгружающее, суицидальное поведение и несуицидальное самоповреждающее поведение (self-harm behavior) (НСП) являются принципиально разными формами аутоагрессии. Различие проводится по следующим четырем параметрам: цели, социальной оценки и реакции окружающих, влиянию стрессовой ситуации на повторную попытку поведения, изменению эмоционального состояния. Первое, при несуицидальном самоповреждающем поведении нет цели уйти из жизни. Второе отличие в том, что обнаруженный акт самоповреждения вызывает со стороны ближайшего окружения реакцию враждебности и зачастую, отвращения по отношению к совершившему. Третье отличие заключается в том, что частота совершения повторных актов несуицидального самоповреждения мало зависит от стрессогенности ситуации. Четвертый отличительный признак – изменение эмоционального состояния, акт самоповреждения сопровождается чувством временного эмоционального облегчения.

Согласно статистическим данным, самоповреждение, в отличие от суицидального поведения, считается поведенческим актом с низкой вероятностью летального исхода. В то же время существуют исследования, которые рассматривают несуицидальное самоповреждающее поведение (НСП) в качестве возможного предиктора суицида. В частности, отмечается повышение суицидальной идеации у лиц совершающих аутоагрессивные акты несуицидального характера. Высокая концентрации данного рода размышлений может свидетельствовать о повышенной вероятности перехода от суицидальных мыслей к соответствующему виду поведения. В том числе,

за счет того, что НСП играет десенсибилизирующую роль, постепенно делая более приемлемым нанесение самоповреждений, повышая выносливость к боли. Существует несколько теорий, связывающих НСП и суицидальное поведение. Во-первых, это «теория входа» (gateway theory). В ней предполагается, что самоповреждения – это континуум, который начинается с НСП и заканчивается суицидом, что подтверждается эмпирически: НСП предшествует суицидальным попыткам онтогенетически, лучше предсказывает суицидальные попытки, чем демографические, психопатологические и психологические переменные. «Теория третьей переменной» предполагает, что существует латентная переменная, которая объясняет как НСП, так и суицидальные попытки, и этой переменной разные исследователи считают психиатрический диагноз, или психологический дистресс, или биологические факторы, например, ген, который отвечает за обратный захват серотонина. «Теория приобретаемой способности к суициду» Т. Joiner считает НСП подготовкой к суицидальным действиям. Она отличается от теории входа тем, что рассматривает НСП лишь как одно из возможных действий, усиливающих способность к суициду. Автор также считает, что НСП недостаточно для появления суицидального поведения, для этого необходимы ещё такие факторы как ощущение себя обузой и социальная изоляция. С. Hamza и коллеги интегрировали все перечисленные модели в одну, предположив, что все перечисленные факторы вносят вклад в суицидальное поведение.

Таким образом, *актуальность* исследования данного феномена и разработки методов коррекции определяется распространенностью аутоагрессивного несуйцидального поведения среди лиц старшего подросткового и юношеского возраста, тенденцией данного вида поведения к закреплению и утяжелению, вплоть до изменения функционального значения и цели аутоагрессивного акта. Исследования оценки эффективности терапии расстройств аффективного спектра с самоповреждающим поведением указывают на значимую тенденцию роста успешности комбинированных (медикаментозного и психотерапевтического) методов лечения при катamnестическом контроле. В то же время в связи с общей тенденцией к глобализации, появлением интернет-технологий возникает вопрос о необходимости разработки научно-теоретических основ клинко-психологических стратегий психотерапии, адресованных пациентам аффективного спектра с самоповреждающим поведением. Существенными критериями научной обоснованности психотерапевтических методов является их согласованность с современными (доказательными) научными знаниями, технологическая эффективность (соотношения затрат и пользы), этическая правомерность.

## **Психологические характеристики пациентов с эндогенными аффективными расстройствами с самоповреждающим поведением.**

*Методологической основой исследования являлось сформированное в отечественной патопсихологии понятие патопсихологического синдрома как структурированного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между основными психическими характеристиками. Центральным системообразующим компонентом патопсихологического синдрома при аффективной патологии является нарушение эмоциональной регуляции деятельности и поведения, специфика и характер которой существенно определены свойствами темперамента и личностными особенностями пациентов. Реализация системного подхода к изучению психологических характеристик осуществлялась при помощи следующих методов: экспериментально-психологического, нейропсихологического, опросникового, направленного интервью, биографического метода на основе анализа историй болезни и дневниковых записей, метода математической обработки данных. Использовались методики: Висконсинский тест сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test – WCST) (Heaton, 2003), Айовская Игровая Задача (Iowa Gambling Task – IGT).*

Экспериментально-психологическое исследование выявило в доступность достаточно высокого уровня обобщений, отсутствие выраженных нарушений мышления за исключением временной дезорганизации в стрессовой ситуации или зоне психологического конфликта и проявляющихся в актуализации латентных, личностно значимых и конкретных признаков. Мнестические способности были, как правило, сохранены или незначительно снижены. По сравнению с пациентками с аффективными расстройствами без аутоагрессивных действий у пациенток с НСП были менее выражены явления истощаемости и замедленность психических процессов, но отмечались неравномерность продуктивности в эксперименте, не связанная со степенью сложности задания. Были выявлены дефициты в произвольном контроле деятельности и эмоций, дефицит положительного эмоционального реагирования с тяготением эмоций к негативному спектру, повышенная импульсивность. Для данной группы пациентов выделены характеристики, способствующие стойкому снижению аффективного фона: тенденция к кумуляции отрицательных переживаний, фиксация на прошлых неудачах (как реальных, так и мнимых) приводящая к искажению представления о себе, своих реальных и потенциальных способностях. Оторванность от социума, невозможность занять в нем определенную роль играла ведущую роль в формировании самоотношения и самооценки. У всех обследованных

пациенток наблюдались признаки психовозрастной незрелости, проявляющиеся в недостаточном разведении реальных и идеальных целей, максимализме и эгоцентризме, стремлении к самоутверждению, ригидности и противоречивости некритично усвоенных ценностных установок. При этом был сужен спектр поиска возможных способов разрешения неблагоприятных жизненных ситуаций, преобладали способы, дающие кратковременный, быстрый эффект. В целом, проявлялась тенденция к сужению и упрощению опыта, а, следовательно, к поиску «простых» способов решения, не направленных на проблемную ситуацию

Нейропсихологическое и психофизиологическое исследование особенностей принятия решений у пациенток больных депрессией с НСП выявило следующие особенности нейрокогнитивного функционирования: снижение функционального состояния передних отделов левого полушария коры головного мозга, отвечающих за произвольный контроль деятельности и эмоций, повышенную возбудимость диэнцефальных структур, опосредующих повышенную импульсивность, и относительно более высокий уровень активации височных областей правого полушария, связанных с формированием отрицательных эмоций. Вероятно, вышеназванные функциональные нарушения вносят свой вклад в нарушение эмоциональной регуляции деятельности и поведения.

Исследование субъективного смысла и функционального значения самоповреждающего поведения показало, что оно служит как внутриличностным, так и межличностным целям. Его основное значение – регулирование эмоционального состояния и управление тревожными мыслями. Акты самоповреждения приводят к уменьшению негативных эмоций, появлению чувства спокойствия и облегчения, иногда – контроля. Коммуникативный аспект такого рода поведения (способ повлиять на других, привлечение внимания) звучит только у небольшого количества принимавших участие в исследовании пациенток. Характерной чертой этих пациенток является выраженность истероидных, эмоционально - лабильных радикалов в структуре личности.

Проводился сравнительный анализ группы пациенток с эндогенными расстройствами аффективного спектра (депрессии) с НСП с группой пациенток без самоповреждающего поведения. Использовались методики: симптоматический опросник SCL-90R; Опросник диагностики агрессии Басса-Перри; Опросник «Опыт близких отношений» (ECR-R); Я-структурный тест Г. Аммона. «Кембриджская шкала деперсонализации»; Шкала инвестиций в тело (BIS), шкалы «Сравнения с окружающими», «Шкалы удовлетворенности телом»;

поведенческое проявление аутоагрессии оценивалось на основе наличия актов самоповреждающего поведения и по утвердительному ответу на вопрос «Иногда я намеренно травмирую себя». Все пациентки были обследованы по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-17). Оценивались клинические и психологические параметры: тяжесть депрессии, суицидальный риск, ведущий аффект, самооценка, враждебность, особенности телесных переживаний, межличностная сензитивность.

Были выявлены отдельные параметры психической деятельности, отличающие пациенток с НСП от испытуемых группы с депрессией без аутоагрессивных действий.

Для группы пациенток с самоповреждениями характерна большая выраженность клинических признаков депрессии, сопровождающаяся низкой озабоченностью соматической сферой, уменьшена значимость телесных симптомов. Снижено ощущение ценности собственного тела, оно воспринимается как «плохое», игнорируется необходимость его защиты.

В группе аффективных расстройств с самоповреждающим поведением выше показатели суицидального риска, снижено самооценка, повышена сензитивность в межличностных взаимодействиях, проявляющаяся в выстраивание «барьера» между собой и внешней средой, воспринимаемой как враждебная

Результаты исследования враждебности продемонстрировали значимый рост этого показателя у пациенток с НСП по сравнению как с нормой, так и с пациентами с эндогенными депрессивными расстройствами без аутоагрессивного (самоповреждающего) поведения. Показано, что при повышенной враждебности спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности, в значительной степени определяется нарциссической составляющей. Для показателя «враждебности» регрессионная модель объясняет около 62% дисперсии, при этом значительный вклад вносят, как и при анализе «депрессии», показатели «межличностной сензитивности», и «избегания», однако в отличие от «депрессии» отмечается вклад не «дефицитарного нарциссизма», а «деструктивного нарциссизма».

В исследовании выявлена статистически значимая связь между показателями враждебности и намеренного самоповреждения. Кроме того, была обнаружена связь враждебности и эмоциональных, когнитивных, поведенческих особенностей восприятия своего тела: более высокие показатели самонаблюдения и сравнения себя с другими, телесной диссоциации. В исследуемой группе пациенток с аффективными расстройствами, сопровождающимися несуйцидальным

самоповреждающим поведением, повышение показателей враждебности напрямую коррелирует с явлениями соматопсихической деперсонализации. Полученные данные позволяют рассматривать враждебность с одной стороны как свойство депрессии, а с другой стороны как фактор риска, связанный с вероятностью аутоагрессивного поведения

Таким образом, несуицидальное аутоагрессивное поведение может быть концептуализировано как деструктивная форма саморегуляции и самопомощи. Неприятие своего тела, «отчужденное» отношение и лишение тела «субъектности» может способствовать его использованию в качестве инструмента для решения психологических проблем, что является фактором риска развития, закрепления и утяжеления самоповреждающего поведения. При психотерапевтическом воздействии, важно учитывать необходимость работы с патологией восприятия тела

### **Основные принципы групповой стационарной психотерапии при эндогенных психических расстройствах аффективного спектра с аутоагрессивным (самоповреждающим) поведением**

Стационарная групповая терапия является одним из видов оказания психологической помощи в общей системе лечебного процесса в рамках медицинской организации. Опираясь на базовые принципы групповой психотерапии, терапия в стационаре имеет свои особенности, обусловленные клинической реальностью, что подразумевает необходимость в стратегической модификации методов и целеполагания. Эффективность стационарных групповых программ зависит от множества факторов. В цели работы не входит перечисление всех факторов, влияющих на эффективность, обозначим лишь обладающие наибольшим удельным весом, несоблюдение которых способно свести на нет все достижения групповой терапии в клинике: недостаточное понимание принципов и целей групповой терапии в стационаре, недооценка влияния командной работы, недостаточное внимание к организационным аспектам.

### ***Постановка целей групповой терапии***

При формулировании целей групповой психотерапии в комплексном лечении в условиях стационара учитываются следующие *клинические факторы*: нозологическая принадлежность, степень выраженности психопатологической симптоматики, мотивация и продолжительность лечения, финансовые и человеческие ресурсы.

Основным принципом целеполагания при создании программ групповой стационарной терапии является *принцип реалистичности и*

*достижимости*. Важность следования этому принципу объясняется тем, что амбициозные цели не только не эффективны, но и антитерапевтичны, потому что подрывают у пациента веру в себя и в психотерапию, как инструмент получения помощи. Приемлемые цели имеют решающее значения для надлежащего функционирования группы.

Постановка целей нужна и для психотерапевтов, так как размытость целей и нереалистичность ожиданий приводит к выгоранию и деморализации специалистов с одной стороны, а с другой формирует у персонала клиники скептическое отношение к психотерапии как работающему методу.

В групповой психотерапии, проводимой на базе лечебного учреждения, не могут быть поставлены традиционные цели общие для индивидуальной и групповой психотерапии. Цели индивидуальной психотерапии подразумевают не только симптоматическое облегчение, но и формирование более зрелой структуры психики, характерологических изменений. Долгосрочная групповая терапия вне рамок медицинской организации ориентируется на достижение сходных трансформаций. Однако для терапии в стационаре подобные цели являются утопическими по ряду причин:

- Ограниченность временных ресурсов, обусловленная сроками госпитализации.
- Отсутствие возможности полностью контролировать состав группы.
- Нозологическая неоднородность и разная степень тяжести симптомов.
- Недостаточная мотивация пациентов, стремление в первую очередь к облегчению симптомов, а не пониманию себя.

Кроме вышеназванного принципа, при постановке целей нужно руководствоваться принципом *«максимальной эффективности»*. То есть, выдвигая цель нужно задавать вопрос: «Может ли конкретная форма групповой работы предложить наиболее эффективный способ достижению необходимого результата?». Выбор должен осуществляться в рамках лечебного процесса и сочетаться с общим направлением лечения.

Руководствуясь этими двумя принципами, были сформулированы *цели групповой терапии* в комплексном лечении пациентов с эндогенными психическими расстройствами аффективного спектра с аутоагрессивным (самоповреждающим) поведением:

1. Облегчение тревоги, связанной с госпитализацией.
2. Создание условий приверженности комплайнсу.

3. Вовлечение пациентов в групповую психотерапию и обеспечение положительным опытом самораскрытия.
4. Активизация или формирование стремления повысить свою личную и общую социальную компетентность, эффективность социального функционирования.
5. Профилактика нарушений мотивационного компонента ВКБ - внутренней картины болезни (избегающее и ограничительное поведение, вторичная выгода от болезни)

Облегчение тревоги, связанной с госпитализацией. Госпитализация высоко стрессовая ситуация. Являясь крайней, вынужденной мерой она вызывает негативные переживания как у пациента, так и для лиц из их ближайшего окружения. Попадая в клинику, пациенты бывают деморализованы и не могут найти успокоения у близких, так как те находятся в схожем эмоциональном состоянии. Помимо тревоги, связанной с самой процедурой госпитализации, пациенты испытывают болезненные переживания, связанные с их представлениями о значении и последствиях факта попадания в клинику. Приведем пример нескольких основных переживаний. Чувство стыда, что не справился с жизненными обстоятельствами, страх, так как госпитализация воспринимается как приговор. Обеспокоенность влиянием госпитализации на социальный статус, переживания по поводу вероятной стигматизации. Для большинства пациентов клиники госпитализация является необходимой мерой, обусловленной тяжестью психопатологической симптоматики, т.е. они находятся в кризисном периоде своей жизни. В этот период они вряд ли нуждаются в самореализации, личностном росте и т.п. Им нужна поддержка и понимание способов выхода из сложившейся ситуации. Снижение интенсивности переживаний способствует более эффективному лечению, уменьшает вероятность отказов от лечения и диссимуляции, обусловленной стремлением к преждевременной выписке.

Создание условий приверженности комплаенсу. Широко известен факт, что лечение психических заболеваний - длительный процесс, далеко выходящий за рамки госпитализации. Эффективная постгоспитальная терапия аффективных расстройств с самоповреждающим поведением - необходимое условие восстановления психического здоровья. Это условие справедливо как по отношению к фармакологическому, так и к психотерапевтическому методам лечения. Учитывая сложность и многофакторность причин возникновения, существования форм, резистентных к медикаментозной терапии, а также нозологических категорий, которые дают очень хороший отклик на психотерапевтическое лечение (циклотимия), можно утверждать, что большинство пациентов нуждается именно в комплексном лечении.

Успешная программа стационарной групповой терапии повышает вероятность того, что пациенты после выписки выкажут желание продолжать психотерапию, что также косвенно влияет на общую комплаентность.

Вовлечение пациентов в групповую психотерапию и обеспечение положительным опытом самораскрытия. Пациенты с аффективными расстройствами с самоповреждающим поведением испытывают сильные, иногда противоречивые чувства, не всегда имея возможность выражать их вслух. Психотерапия призвана помочь пациентам начать говорить об этих чувствах, дать понимание, что само проговаривание в доброжелательной атмосфере дает облегчение. Начиная терапию, пациенты могут быть убеждены в том, что они не могут помочь другим ни в чем, так как не могут помочь даже себе, «комплекс малоценности» является одним из составляющих депрессивного синдрома. Взаимодействие с другими позволяет переключиться с болезненной сосредоточенности на себе, а понимание того, что ты можешь быть полезным другому человеку, позволяет больше ценить себя.

Активизация и формирование стремления повысить свою личную и общую социальную компетентность, эффективность социального функционирования

Формирование устойчивого, положительного отношения к системе психотерапевтических мероприятий и повышение уровня психологической готовности к активному участию в совместной работе. Работа направлена на преодоление имеющегося у многих пациентов сопротивления, которое может быть выражено как в активной, так и в пассивной форме, и недоверия к такого рода помощи, а также на формирование конструктивного, реалистичного отношения к ее возможностям и задачам. В ходе групповой работы у пациентов актуализируется потребность в установлении более содержательных взаимодействий с людьми.

Профилактика нарушений мотивационного компонента ВКБ. Нахождение в клинике предполагает соблюдение определенных правил, подчинение структуре заведения, что само по себе действует благотворно. Однако в этом есть и свои недостатки, которые могут быть преодолены при помощи групповой терапии. Возникающий в стрессовой ситуации госпитализации эмоциональный регресс, наряду со снятием социального давления, избавления от бытовых обязанностей и отсутствием необходимости заботиться о себе способствует возникновению чувства зависимости. Будучи оставленным без должного внимания, стремление к зависимости может стать серьезной помехой на пути к выздоровлению. Во-первых, создание терапевтического альянса врач-пациент, являющегося ключевым условием комплаентности,

подразумевает активную позицию сотрудничества, принятия на себя ответственности за соблюдение врачебных рекомендаций. Во-вторых, для пациентов с определенными личностными predispositionами (прежде всего истерическими) существует риск формирования рентных установок (нарушения мотивационного компонента ВКБ).

Цели для сотрудников клиники и для пациентов могут звучать по-разному. Более подробно вопрос целеполагания у пациентов будет рассмотрен в разделе, посвященном правилам подготовки пациентов к групповой работе.

### ***Реализация принципа командной работы.***

Нереалистичные цели и неверный выбор фокуса работы являются центральными, но не единственными факторами снижения эффективности групповой терапии в рамках лечебного учреждения. Когда цели сформулированы, необходимо уделить внимание *аспектам командной работы*, которые могут препятствовать осуществлению оптимального функционирования группы:

- Недооценка групповой психотерапии.
- Несистематичность и отсутствие стабильности занятия.
- Профессиональное соперничество.

Недооценка групповой психотерапии включает два аспекта: отношение к психотерапии лечащего персонала клиники и восприятие групповой формы работы как менее эффективной по сравнению с индивидуальной. Остановимся на каждом из аспектов отдельно.

Ориентация на преимущественно биологическую этиологию психических расстройств и фармакологическое лечение является естественной для представителей врачебной специальности. Это совершенно оправдано в большинстве случаев тяжелых расстройств. При разных заболеваниях удельный вес биологического фактора отличается, определяется видом и степенью выраженности психопатологии и наиболее значим при эндогенных психических расстройствах. В этих случаях достаточно небольшого стресса, чтобы спровоцировать утяжеления состояния, в то время как при менее тяжелых расстройствах состояния декомпенсации возникают в результате серьезных нагрузок на психику. Современная биопсихосоциальная модель подтверждает важность социального фактора в формировании развития и хронификации психических заболеваний. Психотерапия работает именно с социальными факторами – личностными установками, дезадаптивными когнитивными и поведенческими моделями, обуславливающими утяжеление хронификацию болезненных состояний.

Установки персонала клиники о преимуществе индивидуальных форм работы над групповыми также нуждаются в коррекции. Групповая

и индивидуальная психотерапия являются не конкурирующими, а взаимодополняющими формами работы. В рамках стационара групповые формы психотерапии обладают преимуществом за счет возможности вовлечения большего количества участников в лечебный процесс, а также проведения интенсивной работы, достигаемой за счет увеличения частоты встреч.

Кроме того, существуют специфические терапевтические факторы, реализуемые только в групповом формате, а именно: групповая сплоченность и принадлежность к группе, нормализация, позволяющая противостоять переживаниям «негативной уникальности», имитационное поведение и развитие социализирующих способностей. Эффект веры в положительный исход лечения сильнее проявляется в группе вследствие заразительности установок.

Предлагаемая модель стационарной психотерапии при эндогенных психических расстройствах аффективного спектра с аутоагрессивным (самоповреждающим) поведением базируется на положении интерперсональной теории, постулирующей, что наше личностное развитие происходит в социуме, и структура характера формируется под влиянием предыдущих межличностных отношений. Исходя из этого постулата, а также исследовательских данных, полученных в процессе подготовки данных методических рекомендаций, делается вывод: одним из *психологических* источников существующих у пациентов проблем является опыт нарушенных межличностных отношений, он же рассматривается как фактор утяжеления и хронификации психопатологии. При проведении терапии делается допущение того, что наблюдаемые особенности взаимодействия пациентов в группе отражают их привычные способы коммуникаций. Кроме того, в рамках групповой терапии пациенты имеют возможность общаться со сверстниками, неудовлетворительные шаблоны взаимоотношений проигрываемые в контексте группы более явно, могут оставаться вне поля зрения индивидуального терапевта. Групповой терапевт может делиться информацией об устойчивых неадаптивных способах поведения и установках, требующих дополнительной работы с индивидуальным психотерапевтом. Предоставляемая информация должна быть сформулирована в русле профессиональной терминологии с целью сохранения конфиденциальности.

Несистематичность и отсутствие стабильности занятий. Решение этой проблемы осуществляется на нескольких уровнях: режима работы отделения, лечащего врача, среднего медицинского персонала, групповых терапевтов и зависит от степени вовлеченности персонала клиники в обеспечение функционирования группы.

Клинические отделения имеют свой сложившийся режим функционирования. При выборе времени для проведения групповых занятий важно, чтобы они были вписаны в общий график работы клиники и не пересекались с другими мероприятиями: беседами с лечащим врачом, индивидуальным психотерапевтом, лечебными процедурами, а также с временем прогулок и посещения родственников. Категорически не рекомендуется вызывать пациентов с сеансов групповой терапии, так как это существенно снижает «престиж» терапии в глазах пациентов. Влияние на конечный результат убежденности пациента в то, что терапия ему поможет - факт, подтвержденный исследованиями психотерапевтической эффективности. Сомнение и утрата веры в терапевтический потенциал работы даже одного из членов группы деморализует остальных участников.

*Роль лечащего врача* в обеспечении стабильности посещения очень велика. Врач является для пациента наиболее авторитетной и значимой фигурой, вызывающей наибольшее доверие. Именно лечащий врач принимает решение об участии пациента в работе группы, а также доносит до сведения пациентов информацию о том, что посещение группы является значимой частью лечебного процесса и является обязательным. Правило обязательности посещения групп обусловлено тем, что эффективная стационарная программа групповой терапии, к сожалению, невозможна, если предоставить пациентам юношеского возраста с эндогенными психическими расстройствами аффективного спектра с аутоагрессивным (самоповреждающим) поведением возможность самим принимать решения об участии в группе. На начальном этапе пребывания в клинике острота психопатологической симптоматики (прежде всего депрессивной), реакция на прием лекарств (сонливость) и общая пассивность приводят к тому, что пациенты стремятся избегать посещения любых видов активности кроме общения с врачом и индивидуальным терапевтом.

*Роль среднего персонала.* Несмотря на то, что время и место проведения групповой терапии является постоянным, пациенты, начинающие посещать занятия, нуждаются в напоминании. Медсестры сообщают пациентам о предстоящем занятии за 15 минут до его начала и, при необходимости, сопровождают до места проведения. Средний персонал клиники имеет возможность наблюдать за поведением пациентов за пределами занятий, дневниковые записи являются дополнительным ценным источником информации, используемым групповыми терапевтами для лучшего понимания фокусировки работы.

*Роль группового терапевта.* Групповой терапевт отвечает за стабильность проведения занятий. Не допускаются отмены сессий, групповая терапия проводится, даже если на сеансе терапии

присутствуют только два пациента. Малое количество участников не воспринимается негативно пациентами. Они получают больше времени и внимания для обсуждения своих проблем. Отмена занятий может восприниматься пациентами с аффективными расстройствами с самоповреждающим поведением как отвержение, и провоцировать агрессивные импульсы, снижать самооценку, актуализируя болезненные ощущения собственной плохости, ненужности. Групповой терапевт также должен соблюдать пунктуальность. Для бесперебойной работы группы и обеспечения вышеназванных условий групповую терапию проводят двое или трое человек. Один ведущий группы и один или два ко-терапевта, сменяющих друг друга.

Профессиональное соперничество. Преодоление соперничества осуществляется строгим соблюдением границ профессиональных компетенций. Это правило применяется не только в отношении представителей разных специальностей, но и распространяется на взаимодействия специалистов, работающих в одной профессиональной среде. Так недопустимо психологам обсуждать особенности фармакологического лечения, даже если эта тема всплывает в групповой терапии. Реальность лечения такова, что бывают ситуации, когда пациенты испытывают неприятные побочные эффекты от приема лекарств, иногда возникает необходимость смены терапии, возможна отмена домашнего отпуска из-за ухудшения состояния, вот только несколько тем, которые могут провоцировать возникновение в группе разговоров о недовольстве лечением. При интерпретации происходящего у пациентов могут возникать идеи, что персонал пренебрегает или предвзято относится, потому что он/она не нравятся врачу. К сожалению, эти идеи иногда поддерживаются и подкрепляются родственниками пациентов. При возникновении этих тем, ведущий группы может выразить сочувствие и эмпатическую поддержку сказав, что понимает, что, например, отмена домашнего отпуска может восприниматься болезненно, и видимо пациент очень ждал отпуска, скучает по дому и т.п., но при этом следует занимать и озвучивать четкую позицию – врачи и персонал клиники принимают на себя ответственность за лечение пациента, и их поступки определяются стремлением оказать помощь.

Между представителями одной специальности границы компетентности определяются четким пониманием целей и задач своей работы, уважительным отношением к работе коллег. Кроме того, следует избегать ситуаций, когда вследствие плохо организованного расписания пациент становится перед выбором посещения одних занятий в ущерб другим. Не стоит ставить в одно время разные виды групповой работы, а также сессии индивидуальной терапии.

Таким образом, *принцип командной работы*, представляющий собой сотрудничество врачей, медсестер, психологов и социальных работников, является необходимым условием эффективности групповой терапии. В связи с этим ведущим группы целесообразно предоставлять коллегам информацию об основных принципах работы группы, целях и задачах, а также способах их достижения. Каждый член команды должен понимать свою роль и значимость ее качественного выполнения для достижения общей цели. Критически важно, чтобы команда имела общее мнение о ценности психотерапевтической работы, потому что скептицизм лечащего персонала отделения по отношению к групповой терапии практически гарантированно приведет к ее бесполезности.

### **Организация групповой работы.**

Проведение групповой терапии подразумевает поэтапное осуществление нескольких шагов, первый из которых - общее планирование проекта, определение целей, задач и способов реализации. Повышенное внимание к задачам терапии существенно увеличивают шансы на успех группы. На этом этапе обязательно учитывать множество аспектов: форму и длительность существования группы, состав и численность группы, противопоказания к групповой терапии, обстановку, частоту и длительность встреч, степени вовлеченности персонала клиники в обеспечение функционирования группы, подготовку пациентов к терапии, компетенции ведущих групп и ко-терапевтов, стиль ведения, возможные трудности и ошибки, которых не следует допускать, и другие аспекты. Остановимся на самых важных из них.

Предлагаемая технология реализуется в группах *закрытого типа*, возможная модификация этого правила реализуется по так называемой «сквозной модели», предполагающей что на протяжении определенного времени (4-5 занятий) возможно включение в группу новых участников, после чего группа функционирует как закрытая.

Размер группы. Идеальный размер группы ограничен верхним пределом до 10 пациентов. Небольшой размер группы позволяет ведущему уделить больше внимания каждому из присутствующих. При этом участники группы имеют перед собой достаточно примеров социального поведения и имеют равную возможность в проработке выделенных тем. Минимальный размер группы определяется следующими обстоятельствами: если группа только начинает функционировать, то желательно чтобы на ней присутствовали не менее 4х пациентов. Постоянно функционирующая группа продолжает работу даже если ситуация складывается таким образом, что на занятии присутствуют 2-3 человека. Отмена сессии по причине недостаточного

количества участников деморализует пациентов, которые пришли на группу, актуализирует депрессивные паттерны переживаний и снижает эффективность групповой терапии.

Состав группы. Группа предназначена для пациенток старшего подросткового и юношеского возраста с эндогенными психическими расстройствами аффективного спектра с аутоагрессивным (самоповреждающим) поведением

*Критериями исключения являются:*

- Маниакальные и гипоманиакальные состояния. Пациенты находящиеся в маниакальном и гипоманиакальном состоянии не только сами не могут извлечь пользу из групповых занятий, но и дезорганизуют работу группы.
- Наличие коморбидных расстройств, связанных с злоупотреблением ПАВ. Пациенты, систематически злоупотребляющие ПАВ, склонны монополизировать время и внимание группы, деморализуя действуя на остальных участников. У них либо отсутствует критика к психопатологической симптоматике, связанной с имеющейся зависимостью, либо она формальна. Часто они стремятся занять в группе ведущую роль, апеллируя к своему «жизненному опыту».
- Отсутствие опыта самоповреждения. Данное ограничение обусловлено тем фактом, что в юношеском возрасте, вследствие недостаточной психологической зрелости, существует опасность «усвоения» неадаптивных способов поведения, в частности – самоповреждения.

Частота и длительность встреч. Программа рассчитана на 12 занятий. При психотерапевтической работе в групповом формате большое внимание уделяется вопросам групповой идентичности, сплоченности и стабильности группы. В группах закрытого типа их формирование является отдельным этапом работы, так как именно они создают чувство непрерывности работы группы. Оптимальной является частота встреч три раза в неделю, что позволяет сформировать чувство групповой идентичности и непрерывности работы. Продолжительность одного занятия 1,5-2 часа.

Организация пространства. При планировании проведения группы стоит уделить внимание двум важным организационным аспектам: обстановке, в которой проходят занятия, и времени проведения.

*Место и время.* Рационально проводить встречи в отделении клиники, в котором находится пациент. Это дает возможность пациентам со временем, самостоятельно приходить к началу групповых занятий. Планируя время для группы, нужно согласовывать его с общим режимом работы отделения.

При выборе помещения, в котором будут проходить занятия, хорошо было бы учитывать несколько условий. Комната должна быть удалена от различных источников шума, чтобы не отвлекать участников группы. Комната не должна быть проходной, должна иметь дверь, которая бы изолировала её от остальной части стационара. Помещение должно быть достаточно просторным, чтобы в нем свободно умещались 12 человек при круговой рассадке.

*Оснащение:* 12 одинаковых стульев достаточно удобных, но не слишком комфортных, чтобы не провоцировать сонливость у пациентов. Предпочтительно выбирать достаточно легкие стулья без подлокотников, чтобы при необходимости их можно было быстро убрать. Доска для записи пунктов обсуждения, маркеры. Небольшие легкие мячи, используемые для выполнения упражнений в круге. В связи с тем, что в групповой терапии пациентов с эндогенными аффективными расстройствами с самоповреждающим поведением активно используется техники и упражнения телесно-ориентированной психотерапии, необходимо 10 – 12 гимнастических ковров. Также желательно наличие достаточного количества питьевой воды, так как одним из побочных эффектов приема препаратов является сухость во рту, доставляющая пациентам дискомфорт, кроме того, возможность попить воды успокаивает излишне тревожных или напряженных пациентов. Необходимо также решить вопрос возможности обеспечения пациентов раздаточным материалом: анкеты самооффективности, домашние задания и т.д.

Как только место и время выбраны, лучше всего их не менять. Частая смена времени и места проведения занятий могут быть дезориентирующими для пациентов и повышать их тревогу. Участие в группе должно увеличить уровень комфорта пациентов, давая им чувство стабильности, четкой структуры и протяженности процесса, что даст им возможность более полноценно функционировать в группе.

Компетенции ведущих групп и ко-терапевтов. Ведущими группы могут быть медицинские психологи, имеющие опыт и квалификацию групповых терапевтов. В качестве ко-терапевтов могут выступать магистры, окончившие ВУЗ по специальности «клиническая (медицинская психология)», аспиранты обучающиеся по этой же специальности, ординаторы лечебного учреждения. Задачи ведущих группы:

- Оказание помощи участникам группы в формулировании целей. Терапевт помогает каждому члену группы установить осознанные персональные цели, которые он может достичь при работе в групповом формате.

- Создание безопасной атмосферы. Ведущие группы отвечают за создание теплой, поддерживающей, конструктивной обстановки. Важно, чтобы пациенты чувствовали себя в безопасности.
- Обеспечение структуры работы группы. Ясное обозначение задачи каждого группового занятия, сохранение направления и фокуса работы, Пациенты должны быть уверены, что у терапевта есть план, им должна быть объяснена последовательность событий, снижен фактор неопределенности, так как при отсутствии внутренней структуры, они чувствуют угрозу находясь в ситуации, которая воспринимается ими как неуправляемая.
- Установление, поддержание и сохранения групповых норм и правил.
- Активное вовлечение участников группы в работу. Задача психотерапевта упростить процесс общения
- Обеспечение равного распределения времени между участниками группы.
- Балансировки потребностей всех членов группы независимо от их уровня функционирования.
- Выделение и целенаправленное персонифицированное использования терапевтических факторов групповой работы. В одной и той же группе пациентам могут оказаться полезными разные факторы.
- Удержание фокуса внимания участников группы на внутригрупповом межличностном взаимодействии.
- Выбор способа подачи и вида обратной связи в зависимости от уровня функционирования участников. Формулирование в ясной непротиворечивой форме, понятной для пациентов.
- Поддержание и укрепление свойств личности и моделей поведения, обеспечивающих конструктивные способы взаимодействия. Ведущим группы следует иметь чувствительность не только к определению патологии, но и к позитивным сторонам личности участников.
- Эффективно, не прибегая к нападению, противостоять участникам, чье поведение контрпродуктивно.
- Противодействовать стремлению к зависимости и пассивности путем стимулирования пациентов к продолжению работы за пределами группы. Традиционная групповая терапия в качестве одного из условий успешного функционирования выдвигает правило ограничения общения участников за пределами группы,

по крайней мере на период существования группы. Технически это правило не может быть осуществлено в стационаре, где участники зачастую живут бок о бок в отделении. Помимо технических трудностей, следование правилу ограничения общения представляется нецелесообразным, исходя из того, что одной из задач групповой терапии в клинике является общая активизация пациентов, преодоление пассивности и переживаний отчуждения. Обсуждение проблем, возникающих вне группы, позволяет выявить ошибки и искажения в интерпретации событий, понять то, что существуют разные взгляды на одну и ту же проблему. Кроме того, групповая терапия может расширить диапазон возможных взаимодействий, проанализировать что мешает, а что помогает процессу сближения.

### **Этапы групповой работы.**

В групповой работе выделяется несколько этапов, отличающихся по своим целям и задачам: подготовительный этап, непосредственно групповая работа, мероприятия завершающего этапа.

Перед включением пациента в группу психологом проводится **подготовительная работа**:

- Диагностика и оценка имеющихся проблем и ресурсов. Определение роли и вклада факторов декомпенсации, согласно мультикаузальной модели этиопатогенеза аффективных расстройств и самоповреждающего поведения. Оценка включает анализ психологических установок и личностных черт наряду с анализом семейного и прочего окружения, влияющих как на появление, так и на сохранение текущего состояния дел.
- Беседа с пациентом перед включением в групповую работу.

Информация, собираемая на диагностическом этапе, структурируется по нескольким модулям:

1. Модуль «Оценка Внутренней картины болезни (ВКБ)». В этом модуле, помимо объективных данных: диагноза, длительности и тяжести заболевания, исследуется и субъективная составляющая, включающая концепцию пациента относительно болезни - причин и способов лечения, опыта лечения, наличия или отсутствия вторичной выгоды. Способы получения информации: изучение истории болезни, структурированная беседа, опросники «ТОБОЛ», SCL-90R.
2. Модуль «Оценка психосоциальных факторов» включает фиксацию изменений, произошедших в жизни пациента за 1,5 – 2 года до госпитализации: количество стрессовых событий, изменение

социального ранга и социальной роли, интерперсональные стрессовые события.

3. Модуль «Оценка когнитивных predispositions». Выявление дисфункциональных процессов переработки информации и паттернов восприятия. Диагностика когнитивных паттернов осуществляется в трех направлениях: отношение к себе, отношение к миру, отношение к своему будущему. (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003). В качестве отдельного параметра выделяется пессимистический стиль атрибуций: склонность объяснять внешние негативные события интернальными, стабильными и глобальными причинами, что приводит к переживанию «потери контроля» и усилению беспомощности.
4. Модуль «Оценка дисфункциональных процессов контроля и саморегуляции». Этот модуль направлен на выявление мотивационных расстройств, расстройств решения проблем, а также выявление преобладающих способов эмоциональной саморегуляции. опросник стиля саморегуляции, опросники копинг стратегий. Кроме того, оцениваются параметры отношения к телу и телесному опыту.
4. Модуль «Межличностные взаимодействия». В этом модуле оценивается, во-первых, наличие/отсутствие и степень выраженности следующих конфликтов: индивидуация/зависимость; подчинение/контроль; конфликт самооценности; конфликт идентичности; потребность в заботе/самодостаточность. Теоретической основой этого модуля является интерперсональная теория, постулирующая, что независимо от симптоматики, психологическим источником патологии является опыт нарушенных межличностных отношений, он же рассматривается как фактор утяжеления и хронификации психопатологии. Фиксируется и анализируется информация о повторяющихся у пациента паттернах переживания себя и других во взаимодействии. На начальном этапе в этом модуле остается открытым вопрос о том, как другие воспринимают пациента, эта информация может быть получена в ходе групповой работе и занесена в соответствующую графу оценки совместно с описанием динамики отношений. До получения необходимой информации можно внести замечания о первом впечатлении специалиста диагноста о пациенте.
5. Модуль «Оценка личностных факторов». Многочисленные исследования показывают вклад в развитие и хронификацию аффективных расстройств личностных predispositions. В модуле фиксируется наличие/отсутствие и степень выраженности некоторых из них: личностная тревожность, эмоциональная лабильность, импульсивность, эгоцентризм, стеничность, пассивность, отсутствие конформности или наоборот излишнее преобладание конформных

установок, неадекватно заниженная самооценка, ригидный уровень притязаний, неустойчивое и неразвитое представление о себе, утрата ценности жизни и смысловых ориентиров. Данные могут быть получены в ходе экспериментально-психологического исследования и клинической беседы.

6. Модуль «Прогностическая оценка». В данном модуле фиксируется информация об основных ресурсах и препятствиях для изменений, а именно: уровне выраженности нарушений, личностных ресурсах, внешних и внутренних препятствиях к изменениям, включая вторичную выгоду и условия, поддерживающие проблему. При оценке препятствий принимается вопрос о целесообразности проведения дополнительных форм психотерапии (индивидуальной и/или семейной).

Предлагаемая модульная оценка позволяет ведущим группы выделить основные мишени психотерапевтических интервенций, помочь пациентам сформулировать индивидуальные цели в групповой терапии, выбрать фокус внимания группы, активизировать терапевтические факторы доступные для пациентов, корректировать стиль ведения и способ формулирования обратной связи. Следует отметить, что в силу некоторых обстоятельств: недостатка времени, отсутствие объективной информации, состояния пациента, не всегда удается сразу заполнить всю модульную форму. Это не должно быть препятствием для включения пациентов в группу, так как недостающая или уточняющая информация может быть внесена позднее.

Беседа с пациентом перед включением в групповую работу. До начала групповой терапии важно, чтобы ведущие группы встретились с каждым будущим участником. Специалист, проводящий беседу, должен запланировать около часа времени на такую встречу. Задача этого этапа сориентировать пациента в программе работы группы, решить организационные вопросы, снизить тревогу, связанную с неопределенностью и мотивировать пациента к продуктивной работе. Также следует четко ориентировать пациентов в том, что группа может им предложить и корректировать их ожидания с учетом реальности. В идеале такая встреча представляет собой двусторонний обмен мнениями, при котором принимается совместное решение о персональных целях пациента.

Индивидуальный контакт между ведущим и участником группы может оказаться чрезвычайно полезным для установления доверительных отношений, поскольку он обеспечивает фундамент для последующей работы. Главная задача ведущего на этой встрече – в деталях разъяснить характер функционирования группы и обрисовать

чем будут заняты участники. Круг конкретных вопросов, которые подлежат обсуждению на предварительной беседе:

- Знакомство с тем, как функционирует группа и как извлечь максимальную пользу из группового опыта.
- Обсуждение представлений пациентов о возможных опасностях и рисках, сопряженных с групповой деятельностью, а также способов свести их к минимуму.
- Обсуждение требований конфиденциальности и других основополагающих правил.
- Рассмотрение страхов и ожиданий пациентов.

Особое внимание на этом этапе следует уделить правилу конфиденциальности. Участники группы не могут плодотворно и свободно исследовать свои проблемы, если не будут уверены, что все, что ими сказано, сохранится в секрете как ведущими группы, так и другими участниками. Нужно тщательно объяснить, как легко нечаянно они, рассказывая о происходящем в группе, могут выдать чужие секреты. Нужно прямо и открыто заявить об ограничениях конфиденциальности, информировать пациента об обстоятельствах, при которых ведущим придется предать огласке полученные сведения (например усиление суицидальной идеации и т.п.).

Иногда пациенты не задают дополнительных вопросов или говорят, что не знают о чем спросить. В этих случаях психотерапевт может привести примеры наиболее часто задаваемых вопросов, и выяснить ответ на какой из них имеет значение для пациента. Примерный перечень вопросов может выглядеть следующим образом:

- С какими типичными проблемами приходят люди в группы?
- Что делать, если я не хочу делиться информацией с группой?
- Можно ли мне покинуть сессию, если я почувствую себя нехорошо?
- Нужно ли мне продолжать делиться переживаниями, если я почувствую себя неуютно?

После того, как обсуждены основные вопросы, ведущему следует выяснить, в какой мере пациент смог осмыслить и усвоить донесенную до него информацию. С этой целью рекомендовано задать следующие вопросы:

- Понятны ли вам задачи и характер группы?
- Согласны ли вы соблюдать основные правила поведения, установленные в группе?
- Какие личные проблемы вам бы хотелось исследовать в первую очередь?

В ходе предварительной беседы пациенты получают представление о том, что их ждет и чего ждут от них, и поэтому оказываются более подготовлены к работе. Если временные рамки не позволяют провести беседу с каждым пациентом индивидуально, можно применить групповые собеседования, но в целом, конечно, лучше беседовать с каждым участником отдельно.

### ***Групповая работа.***

После окончания подготовительного этапа, ведущий группы фиксирует в особом документе – дневнике группы - список участников, включенных в группу, краткие клинические и психологические характеристики, результаты оценки, на основании которых выделяются индивидуальные психологические задачи. После чего составляется план занятий в соответствии с конкретными больными и основными задачами. Указывается место, время проведения занятий и примерный план работы на каждое занятие.

При составлении примерного плана работы следует учитывать этапы функционирования группы. Выбор терапевтических факторов, определяющих техники групповой работы, осуществляется в соответствии с задачами этапа, но в зависимости от состава группы на каждом конкретном сеансе предпочтение может отдаваться актуальному для работы фактору.

На начальном этапе групповой работы особое внимание следует уделять факторам обретения надежды, информирования, основной задачей является снятие коммуникативной напряженности, сверхценного отношения к общению.

На втором этапе, больший удельный вес отдается факторам универсальности, имитационного поведения, развития социализирующих техник (в отличии от группы тренинга социальных навыков, формирование происходит через межличностную обратную связь). Задачей этого этапа является, обучение пониманию и дифференциация эмоциональных состояний, начало модификаций восприятия тела и телесного опыта, компенсация дефицитов социальной перцепции.

На третьем, заключительном этапе, на первый план выступают факторы сплоченности, межличностного обучения. Задачей этого этапа является начальная оценка адекватности своих представлений, системы самооценок, ознакомление со способами конструктивного выражения чувств и желаний, формирование устойчивого намерения улучшить собственную социальную компетентность.

Выбирая, какому фактору или факторам уделить внимание на каждом конкретном сеансе, ведущий ориентируется на уровень, приемлемый для большинства участников группы «здесь и сейчас».

Если в группе преобладают достаточно хорошо функционирующие пациенты, то следует направить фокус внимания на фасилитацию фактора межличностного обучения. На таком сеансе внутригрупповая задача - помочь каждому члену группы узнать как можно больше о своем способе общения. Следует отметить, что в задачи групповой терапии не входит модификация поведения, достаточно того, что более высоко функционирующие пациенты осознают присущие им неадаптивные межличностные шаблоны. Такое осознание углубляет самопонимание пациента, и при удачном раскладе пациент может отважиться попробовать новый способ поведения в группе «здесь и сейчас».

При преобладании на групповом сеансе хуже функционирующих пациентов, с более выраженной психопатологической симптоматикой, ведущему, в первую очередь, необходимо сфокусироваться на факторах надежды, развитии социализирующих техник: таких как способность слушать других, высказывать пожелания и обращаться с просьбой, обучение конструктивному выражению чувств. Кроме того, в группах с таким составом большое значение имеет фактор универсальности (нормализации).

В связи с тем, что групповое взаимодействие является динамическим процессом, ведущему следует быть особенно внимательным к состоянию участников и удерживая общее стратегическое направление гибко реагировать на возникающие актуальные групповые тенденции и проблемы, озвучиваемые пациентами в ходе работы. В связи с этим, более подробный план занятий с указанием конкретных основных и резервных упражнений формируется непосредственно в процессе работы перед каждым занятием. Кроме того, после каждой встречи группы ведущий заносит в дневник группы информацию о том, что происходило на занятии: выполняемые упражнения, фокус работы, особенности поведения участников, особенностях групповой динамики, важные дополнения и замечания. По завершению групповой работы ведущие вносят в дневник группы результаты повторного тестирования каждого участника группы, информацию о достигнутых изменениях, рекомендации по их сохранению и закреплению. Дневник работы группы является основным документом отчетности и дает ценный материал ведущему для повышения эффективности работы.

*Особенности стиля ведения при проведении групповой стационарной психотерапии при эндогенных психических расстройствах аффективного спектра с аутоагрессивным (самоповреждающим) поведением.*

Традиционно в групповой терапии (не в тренинговых программах) ведущий занимает отстраненную и сдержанную позицию. В стационарных группах аффективных больных с самоповреждающим поведением это правило нуждается в модификации, так как препятствует созданию атмосферы доверия и открытости. Ясное обозначение задачи каждого группового занятия, сохранение направления и фокуса работы, активное вовлечение участников группы требует от ведущего активного стиля ведения. Ведущим группы и ко-терапевтам следует избегать высказываний и действий, которые могут быть истолкованы двусмысленно. Стиль ведения зависит и от состава группы: если на групповом сеансе преобладают пациенты с «структурными нарушениями», то занятия необходимо проводить с одной стороны более директивно, с другой, уделяя больше внимания поддержке.

Необходимо модифицировать стиль ведения в зависимости от этапа функционирования группы и стоящих целей. На начальном этапе, терапевту необходимо способствовать установлению теплого отношения каждого отдельного члена группы к групповой ситуации, к терапевту и к другим, изначально чужим людям. Ведущим группам нужно подчеркивать преимущество, которое получают члены группы от включения в групповое взаимодействие, помогать пациентам адаптироваться к новизне. Стиль взаимодействия терапевта на этом этапе является активным, по типу «вопрос -ответ». Элементы директивности проявляются относительно норм и правил группового взаимодействия. Установление и четкое поддержание норм и правил является необходимым условием, его соблюдение обеспечивает участникам чувство безопасности, предсказуемости, снижает ощущение внутреннего беспокойства и утраты контроля. Установление групповых норм происходит на нескольких уровнях:

- Открытое обозначение правил группового функционирования: сюда относятся правила посещения, отношение к опозданиям, правила высказывания по отношению к другим членам группы, вопросы конфиденциальности. Данные правила имеет смысл не только проговорить, но и предоставить пациентам в распечатанном виде.

- Поддержка типов поведения, способствующих работе группы, и препятствие реализации деструктивных паттернов взаимодействия.
- Фокусировка на равном распределению времени и внимания.

Поведение ведущих группы должно соответствовать декларируемым нормам.

По мере продвижения групповой работы и улучшения функционирования участников нет необходимости сохранять директивность стиля ведения. На этом этапе ведущему группе важно демонстрировать уважительное отношение к пациентам и их переживаниям, вербальное и невербальное выражение симпатии, идентифицировать и усиливать положительные качества пациента, подчеркивать сильные стороны и поощрять поведение, свидетельствующее об активной, вовлеченной позиции. Очень важно дать понять участникам группы, что они важны и что их понимают. При этом используется техника «подчеркивания ценности» работы пациентов для других членов группы, которая дает возможность пациентам почувствовать себя важным и полезным членом группы. Кроме того, ведущие группы оказывают помощь пациентам в поиске своей линии поведения при взаимодействии с другими участниками, уточнении индивидуальных целей, которые могут быть реализованы в контексте групповой работы.

На заключительном этапе, задача терапевта состоит в поощрении участников группы к совместному активному обсуждению и поиску решения проблемных ситуаций, стимулированию целенаправленной активности пациентов. При этом важно повторять обучение базовым навыкам и правилам обратной связи, разъяснению разницы между мыслями и чувствами, фактами и их интерпретациями, пониманию субъективности восприятия и его обусловленности потребностями. Необходимо строить занятия так, чтобы они приводили к актуализации положительного, конструктивного опыта преодоления проблемных ситуаций.

#### Структура групповой сессии.

Групповая психотерапия пациентов с аффективными расстройствами с аутодеструктивным (самоповреждающим) поведением предполагает свои особенности структурирования занятий. В связи с тем, что одной из внутренних тенденций психики, характерной для данного контингента больных, является стремление к инфантильной зависимости и сниженная способность к заботе о своих собственных нуждах, для них не полезны высокоструктурированные группы с четкой программой, организованной по типу тренинга. Использование жесткой программы занятий провоцируют закрепление пассивной позиции и препятствуют

возможности обучения использованию собственных ресурсов. Вместе с тем, эти пациенты различаются характеру, степени тяжести заболевания и уровню психического структурного функционирования. Перед ведущим группы стоит задача обеспечения внешней структуры, компенсирующей возможную дефицитарность внутренней структуры пациентов, Внешняя структура позволяет снизить переживание «хаоса», обусловленное как внешними, так и внутренними причинами – низкой толерантностью к неопределенности, нарушениями эмоциональной регуляции с тенденцией отреагирования.

### ***Типовая структура отдельного занятия.***

Каждое занятие продолжается 1,5 – 2 часа и может быть разделено на три части.

*Первая часть занятия* начинается с приветствия и вводного упражнения, направленного на снятие напряжения, активизацию игрового компонента поведения участников группы, актуализацию готовности к работе. Лучше использовать упражнения, включающие пантомимические, двигательные, в меньшей степени вербальные средства. Первое упражнение в занятии проводится без анализа и развернутого обсуждения.

*Вторая часть занятия* посвящена центральным упражнениям, несущим основную психотерапевтическую и психокоррекционную нагрузку. Они разрабатываются конкретно для каждой группы, и их содержание меняется на разных этапах работы, в зависимости от задач. Например, на первом этапе это может быть упражнение, направленное на тренировку навыков беседы вопрос-ответ, упражнение, предполагающее круговое высказывание участников группы. Продуктивным является включение игрового компонента выполнения заданий, использование упражнений с вспомогательными предметами (легкие мячи, карты эмоций и т.д.). На этом этапе упражнения телесно-ориентированной терапии выполняются в мягком, ознакомительном темпе, только в положении сидя, преимущество отдается релаксационным методам. Хотя методам релаксации можно обучать индивидуально, механизмы действия этих методов в группах значительно облегчают обучение. Кроме того, обмен опытом как совместным, так и индивидуальным, обучение у других членов группы и вербализация собственных телесных «чувств» приводят к более сильному переживанию релаксации.

На втором этапе групповой работы центральные упражнения направлены на развитие отдельных навыков восприятия и выражения эмоций, невербального общения, расширение восприятия и дифференциации телесного опыта. Целесообразно проводить упражнения телесно-ориентированной терапии, выполняемые в

движении и включающие взаимодействие участников. Вследствие того, что упражнения, выполняемые лежа, могут вызвать выраженные регрессивные тенденции, они включаются в программу только на последнем этапе в случае хорошо функционирующих пациентов. Ближе к завершению второго этапа формулирование задач сессии может проводиться с использованием фокусирующего приема, когда каждого из участников просят завершить определенные высказывания. Приведем пример таких высказываний:

- я часто чувствую...
- больше всего мне хотелось бы изменить в себе...
- больше всего мне нравится в себе...
- личная проблема, которой мне хотелось бы поделиться...

Проблемная анкета - еще один ценный инструмент для определения оптимального использования группового времени. Ведущим на этапе подготовки занятия нужно составить перечень проблем, характерных для данной возрастной группы, и спросить участников в какой степени каждая из них затрагивает их лично.

Третий этап работы отражается в изменении содержания основных упражнений в сторону отработки целостного поведения. На этом этапе целесообразно использовать ролевые игры. Сюжет ролевой игры может касаться как актуальных, так и гипотетических ситуаций. Ролевая игра как игровое поведение допускает спонтанность, фантазию, ролевой обмен. Участникам предлагается найти оптимальный и реалистичный выход из ситуаций при реализации разных стратегий поведения. При работе с телом на этом этапе также уделяется внимание интеграции знаний и опыта, полученного на предшествующих сессиях. Ведущие могут включать упражнения танце-двигательной терапии, которые в групповых условиях демонстрируют, по сравнению с индивидуальной, расширенный спектр эффектов: изменение отношения к телесному опыту, закрепления его положительного переживания. После выполнения упражнений второй части идет обсуждение, участники группы делятся своими впечатлениями и замечаниями, в заключение терапевт дает краткое резюме проделанной на сессии работы.

*Третья заключительная часть* строится таким образом, чтобы закрепить сплоченность группы, повысить мотивацию участников перед следующим занятием. Предпочтение отдается упражнениям, выполняемым коллективно, содержащим элементы релаксационного тренинга с малым вербальным компонентом. Пример такого упражнения – «скульптура» и т.п. Завершается группа процедурой прощания, своеобразным «ритуалом», сохраняющимся неизменным на протяжении всей работы.

В конце недели в качестве домашнего задания пациентам выдается «Анкета самооценки участника группы» (приложение), позволяющая проанализировать свое поведение в группе по выделенным параметрам. Ведущий группы сообщает о цели анкетирования, поясняя, что эта процедура необходима для того, чтобы пациенты смогли понять, какие способы поведения могли бы дать им больше пользы от работы в группе. Полученная в ходе анкетирования информация является конфиденциальной, она позволит понимать ведущим группы, в верном ли направлении идет работа, учтены ли интересы.

### ***Мероприятия завершающего этапа***

По окончании курса групповой терапии следует провести повторное тестирование пациентов теми же методами, которые применялись в процессе их психологического обследования, и сопоставив результаты оценить изменения. После завершения группы необходимо провести индивидуальную беседу с каждым из участников группы с целью ориентации на использование в практической деятельности приобретенных знаний и умений. Внимание акцентируется на успехах, достигнутых в ходе групповой работы, закрепляется положительная мотивация к различным видам психологической работы. Проговариваются личностно-значимые факторы, способствующие развитию социальной компетенции, еще раз обсуждается сформированный к этому времени простой и конкретный набор средств саморегуляции, сочетающийся со знаниями о внешних, социальных опорах, которые могут быть использованы в сложных ситуациях.

### **Возможные трудности и ошибки, которых не следует допускать**

Многие трудности, возникающие в групповой терапии, можно предотвратить, соблюдая определенные правила в отношении подготовки пациентов к групповой работе, поддержания норм и правил, а также усиленного внимания к аспектам поведения терапевтов и участников, потенциально могущими стать источником группового конфликта. Здесь будут рассмотрены ошибки критические именно для функционирования группы в стационаре. Технические приемы работы с молчаливыми, излишне рационализирующими, пассивными или монополизирующими время группы участниками являются общими для всех форм групповой работы.

### ***Ошибки при подготовке пациента к групповой работе***

При подготовке следует четко ориентировать пациентов в том, что группа может им предложить, и корректировать их ожидания с учетом реальности. В частности, в групповой терапии отмечаются проблемы и

области, которые пациенты могут глубже и эффективнее проработать в других форматах психотерапевтической работы. Пациента следует предупредить, что в групповой психотерапии в рамках стационара не исследуются проблемы, связанные с выражением агрессии. Исследованию «гнева» и «критики» можно и нужно уделять внимание исключительно в рамках индивидуальной терапии пациентов с аффективными расстройствами с самоповреждающим поведением.

Ведущему группы нужно донести эту информацию до сведения пациента в максимально корректной и уважительной форме. Указание на этот факт не должно восприниматься пациентом как отвержение. В понятных для пациента терминах объясняется, что ограничения обусловлены разными задачами групповой и индивидуальной терапии, а также отличием норм конфиденциальности. Для групповой терапии устанавливаются свои соглашения о конфиденциальности.

Еще одна ошибка при постановке персональных целей терапии, касается недостаточной коррекции ожиданий пациента. В частности, пациент может говорить, что надеется в группе завести друзей. Находясь в клинике, пациенты часто чувствуют успокоение от присутствия людей, которые их понимают. По сути, участники группы, имеющие схожую психопатологическую симптоматику, конечно, лучше понимают переживания друг друга. Так как пациенты с аффективными расстройствами часто чувствуют потребность к созданию «симбиотических» отношений, то общность болезненных переживаний может искаженно восприниматься как особая душевная близость, создающая почву для длительной дружбы, при этом зачастую отрицаются моменты различия. В предварительной беседе терапевту нужно сказать следующее: «За время нахождения тут кто-то станет вам ближе, отношения, завязавшиеся во время госпитализации, бывает трудно продолжать после выписки. Группа это не способ найти друга, это место, где мы учимся завязывать отношения с разными людьми, учимся выражать себя, чтобы быть верно понятым, слушать и слышать других». Терапевту следует объяснить пациенту что непродолжительность больничной дружбы или романтических отношений, частое явление, и пациенту не стоит считать своей неудачей такое развитие событий.

### ***Ошибки, допускаемые при поддержании групповых норм и правил***

Остановимся на правиле пунктуальности, так как именно оно нарушается чаще всего.

*Правило пунктуальности* прежде всего выполняется самим психотерапевтом. Обязательным условием хорошей посещаемости является пунктуальность и организованность ведущих группы.

Групповые правила требуют от терапевта постоянных усилий по их поддержанию и сохранению. *Посещение без опозданий* должно всячески приветствоваться и поощряться. Следует обозначить время, после которого участники не допускаются на занятие. Если сформулировано условие, что дверь в комнату закрывается спустя десять минут после начала занятий, этого требования нужно придерживаться постоянно, со временем количество опозданий будет минимальным.

Еще одно замечание касается способа реагирования на желание пациентов покинуть группу раньше, чем завершится групповой сеанс. В идеальном варианте участники группы работают на протяжении всего отведенного времени. Однако, в связи с тем, состояние участников группы может быть разным вследствие актуализации психопатологической симптоматики или в результате действия лекарств, пациентам нужно предоставить возможность покинуть занятие раньше времени, если они *действительно* почувствуют себя плохо. Акцент при этом делается на позитивном подкреплении: подчеркивание что хорошо, что пациент нашел в себе силы прийти на занятия, так как его присутствие важно для остальных участников, и выражение надежды, что в следующий раз удастся больше времени провести в группе.

Правило *равного распределения времени* и внимания между участниками группы имеет огромное значение. Стремление к монополизации времени группы следует расценивать не только как поведение, обусловленное эгоцентризмом и личными особенностями пациента, но и как проявление регрессивной, связанной с инфантильной зависимостью тенденцией. Во-первых, поддержка этой тенденцией может вести к появлению рентных установок (получение внимания и поддержки), во-вторых, провоцировать накопление недовольства и раздражения в группе в связи с актуализацией гнева соперничества.

***Внимание к аспектам поведения терапевтов и участников, потенциально могущим стать источником группового конфликта, или значительному снижению эффективности групповой работы.***

Правило *конфиденциальности психотерапевта* относительно личной информации об участниках. Приступая к работе группы ведущий имеет доступ к медицинской документации, дневниковым записям, данным тестирования и знает об участниках больше сведений, чем они сами готовы предоставить. Данная информация может быть полезной для продвижения терапии, но не озвучиваться пациентом в ходе работы. Правило конфиденциальности в этом случае предполагает, что раскрытие терапевтом информации в группе допустимо разрешения пациента и только тогда, когда это пойдет на пользу пациенту и группе.

Ведущему и психотерапевтам группы нужно быть внимательным к созданию *альянсов внутри группы*. Пациенты с аффективными заболеваниями, как уже упоминалось выше, склонны к созданию отношений по типу диад. Эти отношения могут создавать препятствия для групповой работы вследствие создания особой негативной лояльности, когда пациенты такого альянса невольно оказываются втянуты в «заговор молчания» или вступают в конфронтацию с участниками группы, «защищая» друг друга и апеллируя к «справедливости». Если ведущие группы видят подобную динамику, целесообразно в групповом взаимодействии поднять следующие темы: трудно ли хранить секреты, трудно ли что-то скрывать, использовать техники и упражнения, направленные на укрепления доверия.

Основные правила работы с гневом и агрессией – *никогда не исследовать чувство гнева и не поощрять его выражение*. Ведущим группы следует всеми силами избегать и вовремя купировать ситуации, могущие привести к конфликту внутри группы, так как он может продолжиться за пределами групповой ситуации, а также свести на нет все предыдущие усилия по созданию безопасного пространства.

На определенном этапе работы (начальный этап становления групповой иерархии) неизбежно накапливаемое недовольство участников группы, вызванное внутренней фрустрацией, ищет выхода вовне, и может быть направленно на участника, склонного к роли «аутсайдера». Таких ситуаций допускать нельзя, для их предупреждения нужно использовать упражнения, позволяющие сместить раздражение на иной объект или на ведущего группы. Ведущим необходимо быть особенно внимательным к ситуациям, когда поведение участника группы провоцирует критическое отношение других. Требуется активное и оперативное вмешательство, не позволяющие увеличение враждебности по отношению к этому пациенту. Следует использовать модель обоюдного понимания: включающую осознание самим пациентом и другими участниками смысла и причин такого поведения, вызываемой реакции.

Ведущие группы не должны вести себя агрессивно или демонстрировать поведение, которое может быть расценено участниками группы как нападение. Сюда могут быть отнесены три вида ситуаций:

1. Уместное использование юмора. Юмор относится к продуктивным стратегиям, позволяющим значительно снижать уровень тревоги и страха. Ведущие группы могут поощрять эту стратегию у членов группы. Однако, сами ведущие должны помнить, что использование юмора психотерапевтом, являясь продуктивным в индивидуальной терапии, в групповой может быть воспринято как подшучивание. Пациенты с аффективными расстройствами с самоповреждающим

поведением особенно чувствительны к ситуациям, провоцирующим у них аффекты стыда.

2. К этому же типу ситуаций относятся комментарии ведущего по поводу невербального поведения пациента. Ведущие, несомненно, замечают эту составляющую коммуникации используя ее как источник терапевтической информации, но не следует озвучивать ее в группе. Если невербальная коммуникация не конгруэнтна вербальной, значит пациент сейчас не готов делиться информацией с группой. Безопасная атмосфера подразумевает, что каждый пациент устанавливает собственные границы, позволяющие переживать ощущение контроля над взаимодействием с другими участниками группового процесса.
3. Неконструктивным является поведение, при котором защита одного из пациентов группы от нападок другого участника, ведущий нападает на агрессора. Такое развитие ситуации может очень повредить группе по нескольким причинам. Во-первых, актуализируется регрессия к инфантильной зависимости, во-вторых, участник, на которого нападает терапевт, может стать изгоем в группе и получить, вместо модификации своего поведения, опыт отвержения, в третьих, группа не получит модели эффективного выхода из конфликта.

Правильное применение обратной связи. Задача терапевта - создать атмосферу поддержки, чтобы обратная связь воспринималась не как нападки и месть, а как поддержка и искренняя заинтересованность совместной работой. Обратная связь должна быть сосредоточена на том, что пациент в состоянии изменить. Кроме того, при выборе способа нужно ориентироваться на уровень функционирования пациента. Прояснение может быть полезно для пациентов достаточно хорошо скомпенсированных. При более тяжелых нарушениях целесообразно предлагать пациентам альтернативные роли, обучающие более продуктивным способам взаимодействия в группе. Например, эгоцентричных пациентов можно привлекать к ориентированию новых участников группы, молчаливых пациентов просить поделиться наблюдением относительно тех или иных проблем. В групповой стационарной психотерапии пациентов с аффективными заболеваниями с самоповреждающим поведением недопустимы техники конфронтации или интерпретации, даже если это может быть полезно одному из участников, так как это может помешать реализации целей группы. В групповой работе необходимо использовать поддерживающие интервенции, указывающие на аспекты функционирования, играющие ведущую роль в усугублении чувства изоляции.

Подводя итог, следует отметить, что при ведении группы психотерапевтам следует постоянно помнить о главных целях: облегчение тревоги, связанное с госпитализацией, создание условий

приверженности комплайнсу, вовлечение пациентов в групповую психотерапию, обеспечение положительным опытом самораскрытия и противодействие формированию избегающего поведения и пассивных установок. Необходимо, чтобы пациенты воспринимали группу как опыт, связанный с позитивными, поддерживающими переживаниями. Получение эмоционально корректирующего опыта может служить фундаментом для утверждения у пациентов чувств самоидентичности и самооценности, а также способствовать формированию намерения продолжить психотерапию после госпитализации.

### **Заключение**

В старшем подростковом и юношеском возрасте вследствие изменения характера связей между интеллектуальными, эмоциональными процессами, а также процессами организации, планирования, управления и контроля происходят качественные изменения личности, необходимые для адаптации к новой социальной ситуации развития – переходу к большей автономии, построению профессиональной траектории развития и т.д.

Эндогенные аффективные расстройства, дебютирующие в этот период, могут приводить к существенному искажению социального развития, которое в последующем может нарушать полноценную социальную, учебную адаптацию. Накопление негативного социального опыта, отсутствие продуктивных стратегий преодоления, неспособность построения реалистичных представлений о себе являются психологическими последствиями, препятствующими полноценной социальной адаптации в студенческом возрасте.

Соблюдение комплексного, учитывающего возраст подхода при планировании психотерапевтических интервенций, как групповых, так и индивидуальных, предполагает адекватную оценку места, роли и возможности данных форм помощи в общей системе лечебных и реабилитационных мероприятий. Для достижения долговременного, устойчивого эффекта пациентам по выписке следует рекомендовать продолжить работу в амбулаторных группах.

## Литература

1. Абрамова А., Ениколопов С., Ефремов А., Кузнецова С. Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями // Клиническая и специальная психология. 2018. Vol. 7. no. 2. pp. 21-40. DOI: 10.17759/psyclin.2018070202 ISSN: 2304-0394
2. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Бойко О.М., Жабина Д. В. Аутоагрессия и психологические аспекты восприятия тела при депрессии. Психологические исследования, 15(81), 4. <https://doi.org/10.54359/ps.v15i81.1072>
3. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю. Казьмина О.Ю. Психологические аспекты аутоагрессивного поведения при депрессиях юношеского возраста. Антология научных трудов Научного центра психического здоровья. В трех томах / Под редакцией проф. Т.П. Ключник и проф. В.Г. Каледы. — М.: ФГБНУ РНЦПЗ, 2024. Т. 2. — 856 с 515-522 (том 2). УДК 616.89 ББК 56.14
4. Кори Дж., Кори М., Колланэн П., Рассел Дж.М. Техники групповой психотерапии. 3-е изд.- Спб.:Питер, 2001.-320 с.
5. Когнитивная психотерапия расстройств личности./ под ред. А.Бека, А.Фримена.- Спб.:Питер, 2002.-544 с.
6. Копытин А., Корт Б. Техники телесно-ориентированной Арт-терапии. Учебное пособие. Из-во «Психотерапия» 2016.- 128 с.
7. Крылова Е., Бебуришвили А., Каледа В. Несуйцидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суйцидальным поведением // Суйцидология. 2019. Vol. 10. no. 1. pp. 48-57.
8. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М: ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА URSS, 2022. 320 с.
9. Ялом И. Групповая психотерапия: *Теория и практика*./- М.: Апрель Пресс, Издательство Института психотерапии, 2005, - 576 с

## **Приложение 1. Опросник личных убеждений.**

*Пожалуйста, прочитайте утверждения ниже и оцените во сколько вы верите в каждое из них. Постарайтесь отвечать так, как вы считаете большую часть времени.*

	<i>Верю полностью</i>	<i>Очень верю</i>	<i>Более менее верю</i>	<i>Немного верю</i>	<i>Совсем не верю</i>
Показаться людям слабым, все равно что быть ущербным или неадекватным, это недопустимо.					
Следует избегать неприятных ситуаций во чтобы то не стало.					
Изъяны, дефекты и ошибки недопустимы.					
Если не можешь делаешь что-то хорошо, лучше не делать это совсем.					
Другие люди слишком требовательны					
Важно быть идеальным во всем					
Худшее, что может случиться – меня бросят.					
Удивлять и развлекать людей хороший способ получить, то, что хочется.					
Важно быть независимым от мнения и отношения других людей.					
Если появляются неприятные чувства они будут усиливаться и выйдут из под контроля.					
Следует избегать ситуаций, в которых я буду привлекать к себе внимание, или же стараться быть как можно более незаметным.					
Если я буду следовать правилам, так как ожидают от меня другие					

люди, это ограничит мою свободу.					
Любое напряжение в отношениях показывает, что отношения ухудшаются и надо любой ценой их сохранить.					
Узнав меня настоящего люди отвергнут меня.					
Другие люди могут почувствовать и удовлетворить мои нужды.					
Лучше быть одному, чем липнуть к другим людям					

**Приложение 2.** Анкета самооценки для участников группы.

Как член группы оцените высказывания по шкале от 1 до 5, где 1 означает «почти никогда», а 5 – «почти всегда»

	<i>Почти никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>регулярно</i>	<i>Часто</i>	<i>Почти всегда</i>
Я стараюсь быть активным участником группы.					
Я стараюсь ясно представить себе то, что хочу получить от группы.					
Я готов лично включиться в работу группы и поделиться своими текущими проблемами.					
Я в силах рассказать о том, что может помешать мне почувствовать себя в группе в безопасности.					
Я стараюсь выражать свою реакцию на происходящее в группе.					

Я внимательно слушаю окружающих и ясно им отвечаю.					
Я готов участвовать в различных групповых упражнениях.					
Я готов поддержать других не занимаясь их «спасением»					
Я соблюдаю правила группы и сохраняю конфиденциальность					
Я отмечаю и выражаю свои реакции в отношении ведущих.					
Я в целом охотно посещаю сессии группы.					
Я не навешиваю ярлыков ни на себя, ни на других членов группы.					
Я не даю советов другим участникам.					
Я делюсь своим восприятием других, давая им обратную связь говорю какими я их вижу и как их поведение и слова действуют на меня.					
Я беру на себя ответственность за то, что я получаю от группы, и за то, что я упускаю.					

### **Приложение 3. Анкета самооценки для ведущих группы**

Как ведущий/ ко-терапевт группы оцените высказывания по шкале от 1 до 5, где 1 означает «почти никогда», а 5 – «почти всегда»

	<i>Почти никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Регулярно</i>	<i>Часто</i>	<i>Почти всегда</i>
Я способен помочь участникам прояснить свои цели и предпринимать шаги для их достижения.					
Я готов выразить свое отношение к происходящему к группе					
Я способен пересмотреть мои первичные представления и впечатление об участниках группы					
Я слежу за равным распределением времени и внимания между участниками группы.					
Я соблюдаю правила пунктуальности					
Мое поведение в группе показывает, что я отношусь к участникам с уважением.					
Я способен улавливать общие темы и связать работу одного участника с работой другого.					
Перед сессией я обдумываю, что я собираюсь делать.					
Я способен эффективно, не прибегая к нападению противостоять участникам, чье поведение контрпродуктивно.					
Я обеспечиваю участникам поддержку в нужное время.					
Я уделяю достаточно времени ассимиляции новых членов группы					

Я обдумываю техники которые применяю в группе и могу их обосновать.					
В конце каждой сессии я уделяю достаточно времени для подведения итогов и обобщению опыта.					
Я даю обратную связь в ясной и понятной для участников форме.					
Я успешно работаю с моими коллегами, а если нет готов это признать и обсудить в подходящее время.					

#### **Приложение 4. Основные терапевтические факторы групповой психотерапии в условиях стационара.**

*Обретение надежды.* Этот фактор особенно важен для аффективных пациентов, так как аффект безнадежности является одним из доминирующих переживаний при госпитализации. Кроме того, у части пациентов существуют стереотипы по отношению к лечению, нет понимания нормальной динамики и стадийности лечения, а также верных критериев для оценки динамики своего состояния.

*Универсальность (нормализация).* Находясь в группе, пациенты понимают, что их страдания не уникальны, другие люди могут испытывать схожие трудности в разрешении своих проблем, что значительно смягчает переживания изолированности, одиночества, «негативной уникальности» присущие пациентам с аффективными расстройствами.

*Информирование.* представление данных о симптомах, психологических приемах и методах позволяющих снизить интенсивность переживаний. Пациентам юношеского возраста свойственна устойчивая тенденция принимать проявления болезни за качества своего характера, этому способствует то обстоятельство, что манифестация заболевания совпадает с временем формирования и становления идентичности. Разделение симптомов болезни и свойств личности помогает формированию более адекватной внутренней картины болезни, а также меняет отношения к возможностям и жизненным перспективам в положительную сторону.

*Фактор сплоченности.* Все группы терапии оказывают помощь своим членам через переживания опыта принадлежности к группе. Для того, чтобы группа была сплоченной, участники должны расценивать ее как

эффективную – верить в то, что группа поможет достигнуть их персональных целей. Зачастую пациенты с аффективными заболеваниями имеют не так много опыта общения в группе или имеющийся опыт имеет выраженную негативную окраску. Реализация фактора сплоченности дает пациентам возможность поделиться переживаниями, быть принятым в группе и получить опыт успешного взаимодействия

*Межличностное обучение.* Неудовлетворительные шаблоны взаимоотношений часто проигрываются в контексте группового взаимодействия. Терапевт помогает осознать неадаптивные паттерны поведения (более широкий контекст как они проявляются в социальном окружении в целом). При аффективных расстройствах преобладающими являются следующие межличностные нарушения: пассивность, зависимость, катастрофические реакции на утрату. Получение обратной связи позволяют участникам узнать какие аспекты их поведения поощряют окружающих сближаться с ними, понимают, что нуждаясь в общении ведут себя так, что это приводит к изоляции.

*Развитие социализирующих техник.* В отличие от группы тренинга социальных навыков, формирование происходит через межличностную обратную связь. Получая от других участников информацию об неадаптивном, удивляющем или наоборот восхищающем поведении, такие навыки могут иметь значительную ценность в будущем социальном взаимодействии.

*Имитационное поведение.* Менее активным пациентам группы помогает терапия через наблюдение за терапией других членов, у которых имеются те же проблемы, что и у них самих.

*Обучение конструктивному выражению чувств и желаний.* Члены группы учатся выражать свои чувства и желания, формулировать их в русле собственных потребностей. Результатом задействования этого фактора является понимание, что конструктивное выражение чувств не обязательно ведет к последующему разрыву отношений или социальной катастрофе.

Выбирая какому фактору или факторам уделить внимание на каждом конкретном сеансе терапевт ориентируется на уровень приемлемый для большинства участников группы «здесь и сейчас».



**115522, Москва, Каширское шоссе, 34**  
**+7 495 109-03-93**  
**[www. psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru); [www.ncpz.ru](http://www.ncpz.ru)**  
**e-mail: [ncpz@ncpz.ru](mailto:ncpz@ncpz.ru)**