

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

**Модель организации
социально-психологической
помощи пациентам,
страдающим шизофренией**

Методические рекомендации



МОСКВА – 2012

УДК 616.89
ББК 88.4 + 56.14
М74

Утверждено директором ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, акад. РАМН, проф. *А.С. Тигановым*
Издано при поддержке фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК СА

Авторы:

д.м.н. *Т.А. Солохина*; д.м.н., проф. *В.С. Ястребов*; к.э.н. *Л.С. Шевченко*;
к.п.н. *С.В. Трушкина*; *Л.М. Алиева*; *Н.С. Грачева*; *А.А. Рзаев* – ФГБУ «НЦПЗ» РАМН;
д.м.н. *Н.Д. Букреева* – ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» МЗСР РФ

Рецензент:

А.Л. Шмилович – канд. мед. наук

М74 Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: Методические рекомендации / Т.А. Солохина и др. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 32 с. ISBN 978-5-317-04201-1

В методических рекомендациях рассматривается разработанная авторами модель социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией. На основе результатов научных исследований, собственного опыта проведения групповой работы с пациентами сформированы организационно-методические подходы проведения психообразовательной программы, тренингов по развитию социальных навыков и навыков решения проблем. Описаны цели, задачи и содержательная структура предлагаемых форм групповой работы с пациентами.

Методические рекомендации будут способствовать вторичной профилактике рецидивов болезни, повышению стрессоустойчивости и социальной компетенции лиц, страдающих шизофренией, а также развитию у них стратегий преодоления болезни, формированию терапевтического альянса, партнерских взаимоотношений с членами их семей и работниками психиатрических учреждений.

Для психиатров, психотерапевтов, психологов, других специалистов, оказывающих помощь лицам, страдающим шизофренией.

УДК 616.89
ББК 88.4 + 56.14

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

Подписано в печать 12.09.2012 г.
Формат 60x90 1/16. Усл.печ.л. 2,0. Тираж 1000 экз. Заказ 341.

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 978-5-317-04201-1

© Коллектив авторов, 2012

© РБОУ «Семья и психическое здоровье», 2012

Введение

Несоблюдение режима медикаментозной терапии – признанный фактор, который в значительной мере влияет на результаты лечения, определяя тем самым и социальные перспективы пациентов, страдающих шизофренией. Поэтому современным стандартом лечения этого заболевания является долговременная психофармакотерапия и ее рациональное комбинирование с психосоциальной терапией, способствующей вовлечению пациентов в лечебный процесс, формированию с врачом и членами семьи партнерских отношений, повышению готовности к сознательному лечению и ответственности за его результаты.

Наиболее часто встречающийся в литературе термин «комплаенс», под которым понимают соблюдение больным режима лекарственной терапии, в настоящее время заменяется более широким понятием «приверженность терапии». Этот термин означает не только согласие пациента с медицинскими рекомендациями и готовность следовать им, но, главным образом, создание между пациентом и врачом терапевтического альянса и сотрудничества, совместное определение тактики терапии, необходимость уважения точки зрения самого больного в отношении возможных методов лечения.

В научной литературе накоплено немало сведений о причинах низкой приверженности лечению пациентов, страдающих психическими расстройствами. К их числу, по оценкам специалистов, может относиться до 200 факторов, которые влияют на согласие пациента следовать рекомендуемым назначениям. Среди этого множества можно выделить несколько основных групп, таких как собственно переносимость медицинских препаратов и их побочные эффекты, взаимоотношения с врачом, личность больного (эмоциональное реагирование, копинг-стратегии, внутренняя картина болезни); его семейное окружение¹, воздействуя на которые можно

¹ Доказано, что члены семьи могут воздействовать как позитивно, так и негативно на состояние больного, на частоту госпитализаций, длительность ремиссии, качество его психосоциальной адаптации, а также готовность следовать лечению. Установлено, что достижению наилучших результатов лечения и реабилитации боль-

добиться оптимизации терапевтического сотрудничества. Для этой цели используют разнообразные подходы и методы работы, среди которых можно назвать психообразование, комплайнс-терапию, семейную и бихевиоральную терапию.

Вместе с тем анализ работы психиатрических учреждений показывает, что одной из причин недостаточного внедрения эффективных психосоциальных методов лечения, является дефицит в психиатрических учреждениях специалистов, владеющих современными методами работы с пациентом и его семьей. В результате этого отмечается низкая удовлетворенность потребностей пациентов в получении информации относительно различных аспектов заболевания, его лечения и оптимального поведения в период обострения болезни, освоении необходимых им навыков решения проблем, психотерапии. Учитывая это, нами были разработаны методические рекомендации по проведению с больными шизофренией психосоциальной работы, способствующей формированию у них приверженности лечению. Предлагаемая модель помощи включает три модуля: программу психообразования, тренинг социальных навыков и тренинг по развитию навыков решения проблем. При разработке данной модели были учтены сведения об эффективности психосоциальных вмешательств, результаты работы по этой проблеме отечественных и зарубежных исследователей, обобщен собственный опыт работы с пациентами, страдающими шизофренией.

Особенности данной модели заключаются в комплексном подходе, учитывающим разнообразные потребности больных (в информации, психотерапии, выработке необходимых навыков и проч.); в создании системы, обеспечивающей поэтапное и последовательное решение задач (от более простых к более сложным); в сочетании дидактического подхода (психообразование) и интерактивных, структурированных техник поведенческой психотерапии. Оказываемая в рамках предлагаемой модели социально-психологическая помощь носит пролонгированный характер (от 3 до 6–9 месяцев), ее оказание возможно и в психиатрическом стационаре и во внебольничных учреждениях.

ного 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.

Оказание социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией, будет способствовать формированию их приверженности к лечению, повышению стрессоустойчивости, самоуважения, снижению рецидивов болезни и госпитализаций в психиатрический стационар.

Необходимо отметить, что предлагаемые рекомендации продолжают работу по обеспечению специалистов психиатрических учреждений методическими материалами по психосоциальному лечению пациентов и членов их семей. К сказанному добавим, что на основании опыта многолетней работы нами уже была внедрена в практику модель социально-психологической помощи родственникам больных, способствующая формированию у них партнерских отношений с пациентами и специалистами службы психического здоровья и показавшая свою эффективность. Результаты этого внедрения были обобщены в соответствующих методических рекомендациях². Двусторонний подход к решению проблемы приверженности лечению, который предусматривает работу с пациентом и его родственниками, с нашей точки зрения, является наиболее эффективным.

Авторы надеются, что предлагаемые методические рекомендации будут полезными для специалистов службы психического здоровья, занимающихся вопросами психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации.

Показания и противопоказания к применению метода

Показания: предлагаемая модель разработана для оказания социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией. Желательно, чтобы группы были относительно однородными по нозологической принадлежности и по степени социальной адаптации. Число мужчин и женщин должно быть примерно равным, возраст может варьироваться от 20 до 50–55 лет. В группы

² Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных: методические рекомендации. М., 2010. Т.А. Солохина, В.С. Ястребов, А.И. Цапенко, Л.С. Шевченко.

целесообразно включать пациентов с разным уровнем знаний о психиатрии и разными моделями поведения, что позволит участникам расширить диапазон собственных поведенческих реакций, а также развить новые, более эффективные способы совладания с болезнью. Желательно, чтобы пациенты осознавали имеющийся у них дефицит в знаниях, навыках и проч. и имели мотивацию на их преодоление.

Противопоказания: больные в период острых психотических расстройств; с грубым интеллектуальным снижением, а также выраженной тревожностью; категорически отказывающиеся от данного вида лечения.

Материально-техническое обеспечение метода

Сущность метода состоит в последовательном применении комплекса психосоциальных воздействий, включая психообразование и тренинги навыков. Учитывая это, необходимы кабинеты для групповой и индивидуальной работы. Желательно наличие проектора для демонстрации слайдов (психообразование), флипчарт (грифельная доска), разноцветные фломастеры (мелки), бэйджи для всех участников, научно-популярная литература для пользователей психиатрической помощи.

Описание метода

Основной целью работы с пациентами в разработанной модели является:

1) формирование у пациентов, страдающих шизофренией, приверженности к лечению, подготовка к выполнению роли партнеров при определении тактики лечения, что достигается посредством приобретения ими знаний о болезни, повышения мотивации к медикаментозному и психотерапевтическому лечению;

2) развитие навыков решения проблем, общения, формирование адекватного, социально-приемлемого поведения в семье и обществе.

Модель включает ряд структурных элементов, предполагающих достижение конкретных целей и решение определенных задач, которые актуализируются при работе с пациентами и последовательно решаются в процессе психосоциального лечения. Структурными элементами модели являются: программа психиатрического просвещения, тренинги социальных навыков и навыков решения проблем.

Концептуальная основа модели базируется на интеграции идей ряда теоретических подходов, среди которых можно выделить теорию социального научения, бихевиористически ориентированную психотерапию.

Методической основой при осуществлении психосоциальных вмешательств является стремление к использованию эффективных методов работы; комплексный характер воздействий; длительный период психосоциальной помощи за счет последовательной смены ее видов в зависимости от поставленной цели, а также *принципы групповой психологической работы*, которые одновременно представляют собой правила для участников психообразовательной программы и тренингов. С точки зрения эффективности и пользы психологического воздействия они являются важным условием проведения занятий. Их следует разобрать с пациентами на первых занятиях. Несмотря на то, что эти принципы описаны в психологической литературе, считаем необходимым ниже перечислить наиболее важные из них.

Принцип уважительного и внимательного отношения друг к другу. Этот принцип предполагает, что участники тренинга должны внимательно слушать говорящего, не перебивать, стараться делиться своими чувствами и мыслями со всей группой.

Принцип активности предполагает, что эффективность занятий для каждого участника группы напрямую зависит от его активного участия, искренности, вовлеченности в групповую работу.

Принцип «здесь и теперь» также необходим для формирования вовлеченности в групповую работу, эмоционального проживания того, что происходит во время занятия.

Особое место в перечне правил групповой работы занимает *принцип конфиденциальности*. Этот принцип предполагает, что все

то, о чем участники и ведущие программ говорят и слышат на занятии, не выносятся за пределы группы. Ведущим необходимо подробнее обсудить с участниками, что именно не следует обсуждать вне группы по этическим соображениям, а чем можно поделиться с близкими людьми, родственниками, друзьями.

Организация психосоциальной работы

Занятия, как тренинговые, так и по программе психообразования, могут проходить на базе психиатрической больницы, психоневрологического диспансера или в любом другом учреждении, где есть помещение, оборудованное для подобных мероприятий. Следует отметить важность соблюдения правил групповой работы: время и место проведения не должны меняться от занятия к занятию (стабильность места и времени проведения занятий способствует снижению тревожности и формированию доверительной, доброжелательной атмосферы в группе). С той же целью занятия должны проводиться в закрытой группе (после одного – двух занятий после начала цикла новые участники не должны приниматься). Длительность занятия – 60–90 минут, число занятий от 12 до 20, при необходимости их число может быть увеличено. Состав группы – 8–12 человек.

При наборе участников обязательным условием является их психолого-психиатрическое обследование, которое проводят врач-психиатр и клинический психолог. На основе данных анамнеза, психического состояния в момент обследования и индивидуально-психологических особенностей больного решается вопрос о его включении в группу. Кроме того, в ходе обследования специалисты выявляют проблемы, потребности больного, которые могут быть решены в рамках данной реабилитационной программы. Выявляются также сохраненные стороны познавательной и эмоционально-личностной сфер больного, на которые можно опереться в ходе работы. Например, хорошая память или способность к эмпатии, т.е. сопереживанию, может помочь ведущим при обучении пациентов, а также при формировании или восстановлении у больного социальных навыков.

Тестирование участников психообразовательной программы или тренингов рекомендуется проводить перед началом и после

окончания этих психосоциальных вмешательств. Методики, рекомендуемые для тестирования:

1. Шкала общего клинического впечатления о тяжести нарушений (CGI-S, CGI-I).

2. Шкала позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) по С.П. Кею, Л.А. Ослеру, А. Фицбейну.

3. Шкала оценки осознания болезни при психозе (Insight Scale for Psychosis – ISP, Birchwood M. et al., 1994).

4. Шкала оценки отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory, DAI , Т.Р. Hogan, A.G. Awad, R. Eastwood, 1983) – при проведении психообразования.

5. Шкала социальной адаптации «The Social Adjustment Scale-Self Report» (M. Weissman и S. Bothwell, 1976) для выявления дистресса, вызванного проблемами социальной адаптации. Адаптирована в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко, 2009.

6. Шкала исследования дистресса вследствие межличностных проблем «Inventory of Interpersonal Problems» (IIP), L. Horowitz, 2000. Адаптирована в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко, 2009.

7. Опросник копинговых стратегий (Ways of Coping Questionnaire) S. Folkman, R. Lazarus (1998), адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой (2004).

8. Шкала самооценки Розенберга (M. Rosenberg, 1965)

9. Опросник по оценке уровня знаний о психической болезни.

10. Опросник по оценке удовлетворенности пациента участием в программе психообразования, тренингах (заполняется однократно после завершения психосоциального вмешательства).

Некоторая часть времени при обследовании должна отводиться индивидуальному консультированию, когда психологи, являющиеся одновременно ведущими тренинга, устанавливают с больным партнерские отношения, мотивируют его на активное сотрудничество, объясняют цели и задачи занятий в каждом из видов вмешательств. Исходным условием при включении больного в группу являются его желание участвовать в занятиях и готовность к сотрудничеству с ведущими.

Модуль 1. Программа психиатрического просвещения для пациентов, страдающих шизофренией

Цель: систематизированное овладение пациентами, страдающими шизофренией, совокупностью знаний в области психиатрии для формирования приверженности к лечению, развития партнерских отношений с родственниками и профессионалами службы психического здоровья.

Задачи: привитие правильного представления о психическом заболевании, освоение навыков по отслеживанию рецидива болезни, улучшение соблюдения лекарственного режима, понимание важности психосоциальной реабилитации, развитие навыков совладания с болезнью и вызывающими стресс жизненными событиями, дестигматизация, уменьшение социального отчуждения и изоляции, создание естественной сети социальной поддержки, поиск душевного равновесия через знание и взаимную эмоциональную поддержку, создание для каждого участника атмосферы сопереживания и информированного оптимизма.

Основные методические подходы при проведении образовательной программы. Исходя из задач программы, она может состоять из нескольких блоков: 1) знания о болезни; 2) навыки управления медикаментозным лечением; 3) стратегии преодоления болезни; 4) внешние ресурсы поддержки. Кроме этого, важными являются следующие методические принципы работы: высокоструктурированное ведение группы с партнерским, а не патерналистским отношением; использование модели интерактивного обучения; учет ожиданий и индивидуальных потребностей участников; доброжелательная обстановка, уважительное отношение; изложение материала доступным языком; обучение пациентов командой специалистов: психиатром, психологом, социальным работником.

В процессе психообразовательной работы используются такие подходы, как побуждающее расспрашивание, активное выслушивание, резюмирование, избегание обвинений, доводы «за» и «против» альтернативного образа действий, поощрение и поддержка, а также формирование и подкрепление адаптивных установок и форм поведения.

Длительность занятия – 60 мин. Каждое занятие должно иметь четкую структуру: приветствие (10 мин), выявление запросов

участников по теме занятия (10 минут), основная часть (25–30 мин), заключительная часть – подведение итогов занятия (10–15 мин).

Блок 1 «Знания о болезни» (3–4 занятия). На занятиях этого блока необходимо остановиться на причинах возникновения психического заболевания, его течении, симптомах, прогнозе. В процессе обсуждения в группе постарайтесь понять собственные убеждения участников о природе и причинах заболевания, а также узнать об эмоциональном воздействии заболевания на пациентов. Используйте модель «стресс-уязвимость» для объяснения причин болезни. Определите стресс-факторы, которые могли ускорить или поддерживать развитие психического заболевания (например, переживали ли кто-либо из пациентов проблемы, которые стали источником стресса – конфликты в семье или другие события в жизни). При выявлении стресс-факторов объясните, какую связь они имеют с возникновением или обострением психического заболевания. Вместе с участниками исследуйте те периоды, когда они достаточно хорошо себя чувствовали. Постарайтесь совместно выявить положительные факторы, объясняющие это (эффективное лечение и уход, применение эффективных механизмов преодоления болезни, сокращение числа источников психосоциального стресса и проч.).

Этот блок также предполагает работу над приобретением навыков предотвращения рецидивов. Постарайтесь преодолеть смирение и пессимизм участников относительно рецидивов заболевания. Проинформируйте пациентов о том, что риск и страх рецидива можно сократить, если научиться распознавать наступление рецидива и немедленно принять нужные меры. Объясните на занятии, что ранние признаки рецидива психоза могут значительно отличаться у разных людей, однако большинство людей могут сами определить свой уникальный «почерк рецидива», состоящий из сугубо личной комбинации предвестников рецидива психоза. Проведите работу по составлению индивидуального «почерка рецидива». Для этой цели можно использовать упражнение с карточками, на которых описаны самые распространенные предвестники рецидива (*приложение 1*). Предложите пациентам выбрать те карточки, на которых описаны признаки, предшествовавшие последнему рецидиву. Затем попросите пациентов разложить выбранные карточки в порядке возникновения признаков. Такой упорядоченный набор признаков служит основой предполагаемого «почерка рецидива».

Дальнейшее обсуждение должно быть нацелено на уточнение возможных спусковых механизмов рецидива (стрессов) и определение того, был ли момент, когда человек перестал осознавать, что он болен. Выявленные таким способом предвестники, подразделите с пациентами на возникшие на раннем, среднем или позднем этапе рецидива. Далее совместно разработайте план, состоящий из трех этапов, в котором подробно опишите действия, которые должны быть предприняты пациентами (их родственниками) в ответ на предвестники рецидивов (*приложение 2*).

Техника профилактики рецидивов прорабатывается путем обсуждения на занятии гипотетических индивидуальных сценариев. Рассматриваются потенциальные трудности и совместно с пациентами вырабатываются решения. Если необходимо, предложите дополнительные занятия для закрепления достигнутого.

Блок 2 «Развитие навыков управления медикаментозным лечением» (3–4 занятия). Основная задача – сформировать у пациентов понимание необходимости медикаментозного лечения. Блок включает следующие элементы работы: ознакомление с основными группами психофармакологических препаратов, механизмом их действия, предоставление знаний о побочных эффектах медикаментозной терапии, обучение отслеживанию этих эффектов, проведение бесед для осознания участниками программы преимуществ антипсихотической терапии, необходимости взаимодействия с врачами и другими специалистами, работу над мотивацией на длительную фармакотерапию.

Расскажите на занятиях о научных исследованиях и вашем собственном клиническом опыте, подтверждающем эффективность предлагаемого лечения. Если необходимо, предложите дополнительные занятия для закрепления достигнутого.

Блок 3 «Стратегии преодоления болезни» (3–4 занятия). Эта часть психообразовательной программы включает методику обучения пациентов способам преодоления болезни, основанную на существующих у пациента стратегиях преодоления. Проведите обсуждение в группе о том, как пациенты справляются с каждым из симптомов. Рассмотрите все «за» и «против» используемой стратегии преодоления. Оцените эффективность этих механизмов преодоления, определите полезные и бесполезные из них, обсудите имеющиеся у пациентов ресурсы преодоления.

Рассмотрите совместно с пациентами возможные полезные способы преодоления, такие как, переключение внимания (с одного предмета или переживания на другой), сужение внимания (например, сконцентрировать внимание на точке на стене), самоутверждение и внутренний диалог (обучение утверждениям, которые настаивают на соответствующую реакцию), реатрибуция (альтернативное объяснение происходящему), снятие возбуждения (активные приемы – дыхательные упражнения или быстрая релаксация; пассивные приемы – посидеть спокойно), увеличение деятельности (простое планирование деятельности или начало оговоренных заранее действий при возникновении симптома с тем, чтобы переключить внимание), вовлечение в социальные мероприятия или прекращение участия в них.

Отработка навыков преодоления болезни проводится с использованием повторений, имитаций, психологических игр, домашних заданий. В процессе работы можно последовательно добавлять разные стратегии преодоления. Важно добиться перехода от внешней вербализации к внутреннему скрытому контролю. Если необходимо, предложите дополнительные занятия для закрепления достигнутого.

Блок 4 «Внешние ресурсы поддержки» (2–3 занятия). Знания, которые пациенты получают в этом разделе, касаются системы организации психиатрической и социальной помощи. Важно ознакомить участников и с другими ресурсами сообщества: общественными организациями, группами поддержки, а также обеспечить их необходимыми адресами. Отдельное занятие целесообразно посвятить основным формам и методам психосоциальной реабилитации и психотерапии.

Примерный базовый курс программы психообразования пациентов, страдающих шизофренией (12–16 занятий)

1-е занятие. Знакомство. Цели и задачи программы. Определение информационного запроса.

2-е занятие. Психические расстройства, их причины, течение, прогноз. Модель диатез-стресс-уязвимости. Выявление стрессоров.

3-е занятие. Понятие симптома и синдрома. Выявление признаков рецидива заболевания (тревожных сигналов). Понятие «почерк рецидива» (т.е. сугубо личной комбинации предвестников рецидива психоза).

4-е занятие. Разработка плана действий в ответ на предвестники рецидива.

5-е занятие. Нейролептики: основные и побочные эффекты. Правила проведения терапии нейролептиками.

Занятие 6. Отслеживание побочных эффектов нейролептиков и способы их коррекции.

Занятие 7. Нейролептики нового поколения: новые возможности и ограничения. Нейролептики пролонгированного действия, их достоинства.

Занятие 8. Антидепрессанты: основные и побочные эффекты, правила проведения терапии антидепрессантами. Антиманиакальные препараты и нормотимики: характеристика и правила применения.

Занятие 9–12. Стратегии преодоления болезни. Освоение полезных способов преодоления болезни.

Занятие 13. Ознакомление с системой организации психиатрической и социальной помощи.

Занятие 14. Ресурсы сообщества: общественные организации, группы поддержки.

Занятие 15. Психосоциальная реабилитация и психотерапия: формы и методы работы.

Занятие 16. Заключительное. Подведение итогов. Мотивирование на дальнейшее участие в тренингах, долговременной психотерапии, работе общественной организации. Расставание.

Модуль 2. Тренинг социальных навыков

Важным этапом социально-психологической помощи в рассматриваемой модели является психологический тренинг, направленный на выработку необходимых пациентам социальных навыков. Результаты многочисленных исследований, посвященные особенностям социального функционирования больных шизофренией, свидетельствуют о характерных нарушениях, присущих этим больным: дефиците внимания, трудностях переработки информации, неумению распознавать эмоции другого человека и адекватно выражать собственные, утрате навыков вербального выражения собственных чувств и мыслей и точной передачи полученной вербальной информации. Все это ведет к ухудшению способности взаимодействовать с другими людьми, решать межличностные проблемы, повышает тревогу по отношению к социальным эмоционально значи-

мым стимулам, что в свою очередь снижает мотивацию к общению. Исследования показали также повышенную чувствительность психически больных к критике со стороны других людей, особенно в семье. Поэтому у таких больных особенно часто отмечается дефицит социальной поддержки, несмотря на большую потребность в ней. Все перечисленное повышает вероятность возникновения эмоционального стресса, что ведет к прогрессированию заболевания, его рецидиву.

На тренинге социальных навыков прорабатываются дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированные вербальное и невербальное поведение больного шизофренией. Фактически, этот тренинг является пошаговой обучающей программой, *целью* которой является улучшение качества коммуникаций, межличностного взаимодействия, приобретение навыков социально-приемлемого поведения в семье и обществе, повышение стрессоустойчивости к обычным социальным стимулам.

Технология проведения тренинга

В процессе тренинга активно используются интерактивные, структурированные методы поведенческой психотерапии и принципы социального научения: инструктирование, моделирование ситуаций, наставничество, подсказывание, социальное подкрепление (использование похвалы), обратная связь, повторение, домашнее задание.

Программа тренинга включает бихевиоральные упражнения и психологические игры на отработку навыков, элементы арттерапии и телесно ориентированной терапии, медитации, дискуссии и проч. При этом важным является постепенное расширение и углубление получаемых навыков, для чего конечная цель дробится на небольшие элементы, из которых складывается окончательная поведенческая реакция, и обучение происходит путем последовательного освоения этих элементов с использованием пошаговой стратегии.

Тематические блоки тренинга

Блок №1. Снятие «коммуникативной напряженности», изменение сверхценного отношения к общению. Задачи: 1) развитие на-

блюдательности и навыка внимания к собеседнику; 2) повышение групповой сплоченности и сокращение дистанции в общении.

Блок №2. Развитие навыков вербального общения. Задачи: 1) усвоение и тренировка основных компонентов вербального общения (громкость, темп, ритм, интонация речи, развитие навыка активного слушания и проч.); 2) тренировка в точности воспроизведения получаемой вербальной информации.

Блок №3: Развитие навыков невербального общения (взаимное расположение, дистанция, позы, движения, жесты, мимика, контакт глазами). Задачи: 1) распознавание точности выражения эмоций, эмоционального состояния другого человека по мимике и жестам; 2) тренировка в интерпретации невербального общения.

Блок №4: Развитие навыков и установок эффективного межличностного общения. Задачи: 1) приобретение знаний и формирование умений, определяющих социально-приемлемое поведение в семье и обществе; 2) приобретение навыка аргументировать свою точку зрения, развитие умения просить о помощи и поддержке, а также умения отказать в просьбе; 3) тренировка общения при моделировании наиболее часто встречающихся социальных ситуаций.

При составлении конкретного плана тренинга необходимо учесть, что ряд элементов повторяется на каждом занятии: *приветствие*, в котором используется принцип «здесь и теперь» и которое помогает участникам настроиться на занятие, учит рефлексии своего эмоционального состояния; *упражнение* для активизации участников, улучшения их внимания, концентрации; *проверка домашнего задания* на закрепление навыков и обсуждение трудностей в его выполнении; *основная часть*, которая состоит из упражнений, направленных на развитие коммуникативных навыков или ролевых игр, в которых проигрываются конкретные случаи из жизни участников, вызвавшие затруднения или приведшие к нежелательному исходу; *завершающая часть*, в ходе которой проводится упражнение на поддержание положительной эмоциональной групповой атмосферы, в этой части занятия участники также получают домашнее задание, заполняют короткие анкеты по оценке удовлетворенностью занятием (*приложение 3*).

Все упражнения и ролевые игры, которые используются в тренинге, в соответствии с тематическими блоками, распределены

на четыре группы. Первая группа – это упражнения, которые используются при встрече и расставании, они направлены на снятие напряженности участников, устранение коммуникативной тревожности, активизации игрового компонента. К этой группе относятся упражнения, использующие двигательные, пантомимические и, в меньшей степени, вербальные средства. Как правило, эти упражнения проводятся без анализа и развернутого обсуждения. К этой группе же относятся упражнения на закрепление приобретенных навыков, повышение сплоченности группы и повышение мотивации на участие в следующем занятии. Эти упражнения отличаются незначительным вербальным компонентом, выполняются коллективно и содержат элементы релаксации.

Упражнения и ролевые игры, относящиеся ко 2, 3 и 4 тематическим блокам, несут основную психокоррекционную нагрузку. Эти центральные упражнения и ролевые игры направлены на тренировку отдельных навыков, в первую очередь, навыков восприятия и выражения эмоций, вербального и невербального общения, моделирование социально-приемлемых паттернов поведения. В *приложении 4* приводятся примеры упражнений в соответствии с тематическими блоками.

На первых двух–трех занятиях ведущим следует уделить внимание выяснению запросов и потребностей участников (этому могут способствовать, например, рисуночные методики, отражающие актуальное состояние и психоэмоциональные проблемы участников группы). Все последующие занятия строятся по приблизительно одинаковому сценарию. На занятиях следует чередовать длительные упражнения, трудоемкие упражнения с короткими, двигательными упражнениями.

Примерное распределение времени на отдельные этапы занятия: приветствие, упражнение «здесь и теперь» (на оценку психоэмоционального состояния участников) – 10 мин; упражнение для настроения на работу – 10–15 мин; обсуждение домашнего задания – 10 мин; центральная часть – 40–45 мин: бихевиоральные упражнения или ролевая игра на развитие навыков общения, адекватного поведения; завершение занятия – 15 мин: домашнее задание, упражнение на поддержание положительной эмоциональной групповой атмосферы, заполнение анкеты, расставание. Длительность занятия – 90 мин.

Ролевые игры рекомендуется планировать и проводить со второй половины тренинговой программы (т.е. после пятого–шестого занятия), что способствует возникновению твердой уверенности в том, что группа уже подготовлена к осмысленному и менее формальному освоению нового опыта.

В процессе тренинга также следует обсудить такие жизненно значимые и актуальные темы, как взаимодействие с родственниками, организация своей жизни после выхода из стационара, жизненные приоритеты.

Если после проведения тренинга у его участников отмечаются положительные изменения, но количества занятий недостаточно, чтобы закрепить полученный результат, им следует рекомендовать посещение поддерживающих занятий в группе при дневном стационаре или в диспансере. Основные задачи поддерживающих групп – закрепление полученных результатов и наиболее полный перенос достигнутых достижений в реальную жизнь пациентов.

Ведущим тренинга необходимо развивать сотрудничество с врачами, другим персоналом отделения или учреждения, пациенты которого участвуют в тренинге. С этой целью до начала тренинга следует провести встречу с работниками учреждения (отделения) и познакомить их с целями и задачами тренинга, показаниями для участия в нем, ожидаемыми результатами. После окончания тренинга целесообразно вновь встретиться с сотрудниками учреждения и обсудить результаты проведенной работы.

Модуль 3. Тренинг развития навыков решения проблем

Освоение навыков решения проблем, как правило, приводит к уменьшению стрессовой нагрузки и к снижению риска возникновения рецидива у больного, способствует развитию у обучаемых собственных стратегий устранения стресс-факторов в будущем. Несмотря на то, что конкретные цели и методика тренинга по развитию навыков решения проблем и тренинга социальных навыков различаются, общая стратегия остается неизменной: постепенное расширение и углубление получаемых навыков, последовательное их освоение, разделение процесса обучения на небольшие элементы, из которых складывается окончательная поведенческая реакция.

Общая характеристика метода

Метод относится к группе когнитивно-поведенческих методик. В его основу положена методика «6-ти шаговый метод решения проблем», предложенная в 1993 году авторским коллективом из Великобритании³. Тренинг пошагового решения семейных проблем имеет своей целью развитие у участников ряда навыков: анализ проблемных ситуаций, переформулирование проблем в терминах умений, выработка и оценка вариантов возможных решений, планирование и реализация шагов по решению проблем, анализ успехов и неудач. Кроме того, в случае работы в группе метод направлен на развитие навыков ведения продуктивной дискуссии, достижения консенсуса, снижение межличностных конфликтов.

Этот тренинг может быть составной частью комплексной социально-психологической помощи для семьи в целом, включая пациента, или, взяв за основу подход, можно адаптировать его для работы с пациентами, как в индивидуальной, так и в групповой психокоррекционной работе. Группа может состоять из членов одной семьи вместе с пациентом, нескольких семей с пациентами или отдельных представителей разных семей. В каждом из этих случаев ход тренинга будет иметь свои особенности, которые необходимо заранее продумать.

Количество участников – от 2-х до 15-ти человек, оптимально – от 7-ми до 10-ти человек. Количество ведущих – один или двое. Рекомендуемый график занятий: одно занятие в неделю продолжительность 1-1,5 часа. Число необходимых занятий с каждой группой может сильно варьировать, составляя обычно от 3-х до 10-ти занятий. Между пятым и шестым шагами предполагается сделать перерыв от нескольких дней до нескольких недель или даже месяцев, в зависимости от выработанного группой плана реализации задач. Целесообразно постепенно уменьшать контакт с группой, встречаясь с ней все реже и реже.

6-ти шаговый метод решения проблем и достижения целей

Шаг 1. Определение проблемы. Цель: выделить и сформулировать ту проблему, которая будет решаться в ходе дальнейших занятий.

³ Falloon, I. R. H., Rapporta, M., Fadden, G. and Graham-Hole, V. Managing Stress in Families: Cognitive and Behavioral Strategies for Enhancing Coping Skills.

Как правило, участники жалуются сразу на ряд взаимосвязанных проблем, с которыми они не могут самостоятельно справиться. Направьте беседу на фокусирование группы на одной определенной проблеме.

Сформулируйте выбранную проблему так, чтобы она была конкретной и чтобы все участники были согласны с этой формулировкой. Пытаясь конкретизировать проблему, используйте приемы «активного слушания» и переформулирования проблемы в терминах умений. Чем уже и конкретнее сформулирована проблема, тем больше вероятность, что будут найдены эффективные решения и составлен доступный план их воплощения. *Завершение шага* – формулировка проблемы и цель, которую следует достичь, принята всеми и записаны на доске.

Шаг 2. Поиск возможных вариантов решения. Цель: найти максимальное количество возможных решений проблемы.

Практическая задача тренера на этом этапе – побудить каждого участника высказать свои предложения. Для этого может быть использован прием «мозгового штурма». Каждое предложение признается и вносится ведущим в список на доске. При этом все идеи по поводу решения проблемы, будь то хорошие или не очень, не комментируются ведущим. *Завершение шага* – список всех возможных решений представлен на доске.

Шаг 3. Оценка каждого из предложенных вариантов. Цель: оценить каждое из предложенных на предыдущем шаге решений с точки зрения его достоинств и недостатков; показать участникам, что идеальных решений не бывает.

Каждый предложенный вариант решения проблемы кратко оценивается в плане его достоинств и недостатков. Перечисляются его основные положительные стороны, а затем – основные отрицательные стороны. *Завершение шага* – обсуждены плюсы и минусы всех решений.

Шаг 4. Выбор «достаточно хорошего» решения. Цель: привести участников к согласию по поводу пути решения проблемы.

Как правило, решению проблемы препятствует неосознанное убеждение людей в том, что можно найти такой путь, который способен удовлетворить все запросы. Донесите до участников мысль,

что решение, найденное в ходе предыдущих шагов, не является идеальным – это просто такое решение, которое легче всего можно воплотить с учетом имеющихся ресурсов. При этом оно, несомненно, поможет продвинуться на пути к достижению цели. *Завершение шага* – решение для достижения цели принято всеми участниками.

Шаг 5. Планирование реализации решения. Цель: составление плана действий.

Путем обсуждения и дискуссий составьте подробный поэтапный план действий, в котором будут перечислены конкретные действия каждого участника. План необходим для того, чтобы можно было отслеживать каждый шаг при выполнении решения и достижения цели. Поэтому четко определите: кто и что делает, когда, где, как, с кем. *Завершение шага* – план имеется в записанном виде у каждого участника; каждый участник представляет себе свою роль в выполнении плана.

Шаг 6. Анализ выполнения плана. Цель: оценить успешность выполнения плана.

Проведите в предусмотренное планом время встречу с участниками группы с целью проанализировать успешность воплощения плана. Если проблема успешно разрешена, ведущему следует отметить и озвучить для участников те моменты, которые помогли членам семьи в достижении цели. Целесообразно несколько раз проговорить это вслух, чтобы члены семьи взяли это себе на заметку на будущее. Если проблема была разрешена не до конца, определите те действия, которые принесли пользу, и пересмотрите те, которые не были успешными, с тем, чтобы можно было конструктивным образом найти альтернативные решения. Все усилия, предпринятые членами семьи, независимо от того, насколько они были значительными или успешными, должны поощряться похвалой.

Попросите всех членов семьи, включая пациента, высказать свое мнение о том, почему план не был реализован, и конкретно определить то, что помешало его воплощению. Проверьте, что все члены семьи понимают, что им необходимо делать для воплощения плана. Если нужно, внесите в план коррективы.

Напоминайте членам семьи, что процесс решения проблемы не прекращается написанием плана или после совершения первых

шагов по его выполнению. Процесс решения проблемы должен продолжаться до тех пор, пока проблема не будет разрешена, а цели – достигнуты. Назначьте новое время для рассмотрения полученного результата. *Завершение шага* – план выполнен, проблема разрешена или приблизилась к разрешению; цель реализована или близка к реализации, участники приобрели навыки по решению проблем.

Распространенные трудности на разных этапах тренинга

Рассмотрим несколько вариантов.

1. Члены семьи отказываются признавать, что в их семье есть проблемы. Они могут говорить, что у них нет проблем, в то время как, это не так. Чтобы избежать этого, можно не употреблять слово «проблемы», а говорить о трудностях, потребностях, целях или ценностях семьи, если это более приемлемо.

2. Члены семьи могут признавать существование у них проблем, но при этом отказываются от использования предлагаемого метода. Попросите назвать причины отказа, или попытайтесь сами определить, почему они возражают против освоения метода. Обсудите это с семьей. Само освоение методики решения проблем может рассматриваться ими как дополнительная ненужная нагрузка и стресс. Членам семьи может не хватать навыков общения для ведения спокойного, понятного и позитивного обсуждения проблем и их решений.

В этих случаях может быть полезным повторно рассмотреть предполагаемую пользу от применения метода, а также предложить дополнительно психотерапевтическую, психокоррекционную или психообразовательную помощь.

3. Иногда члены семьи не могут перейти от обсуждения всех своих многочисленных проблем к выбору одной. Позвольте участникам активно обсуждать их ситуацию, заинтересованно слушайте, старайтесь не перебивать, помогайте высказаться тем, кому это трудно. Используйте необходимые навыки общения, например, «активное слушание». При этом внимательно следите за тем, чтобы обсуждение не переросло в перепалку между участниками.

4. Другая часто возникающая трудность – члены семьи хотят сразу же обсуждать сложные наболевшие проблемы. Это вполне объяснимо – именно эти проблемы наиболее эмоционально заряже-

ны, ведь они давно и сильно беспокоят участников тренинга. Или же родственники стремятся поставить очень отдаленные во времени или не соответствующие текущей ситуации цели. Например, родители видят цель в том, чтобы обеспечить сыну поступление в институт, в то время как он не умеет самостоятельно делать покупки в магазине. Объясните, что поскольку они только начинают осваивать метод пошагового решения проблем, лучше начать с менее сложной проблемы. Когда появится больше опыта в использовании метода, они смогут решать более сложные проблемы.

5. Члены семьи формулируют проблему слишком широко и неконкретно. Например, так: «У отца плохой характер», «Мне постоянно не везет и у меня ничего не получается». Подчеркните, что более конкретное формулирование проблемы наверняка облегчит процесс ее решения. Вы можете применить навык активного слушания и задать вопросы для прояснения того, в чем заключается проблема. Например: «Вы сказали, что хотите быть более независимым. А что конкретно вы подразумеваете, говоря о независимости?» После обсуждения первоначальную проблему можно будет разбить на более мелкие, конкретные и решаемые проблемы, чтобы обсуждать и решать их по порядку. Например, проблему большей независимости большого человека можно разбить на такие составляющие как составление бюджета с минимальной помощью, приготовление обеда, взятие на себя нескольких обязанностей по дому и завязывание дружбы с двумя новыми людьми. В этом случае проблема «я хочу быть более независимым», сформулированная в терминах умений, будет звучать примерно так: «мне недостает умений самостоятельно управлять своим бюджетом, завязывать новые знакомства, а также привычки брать на себя некоторые домашние дела».

6. Нередко членам семьи не удается успешно решить проблему, несмотря на их желание и прилагаемые усилия. Возможно, члены семьи слишком широко сформулировали проблему. Может быть, им необходимо рассмотреть другие варианты решения или провести мозговой штурм и выдвинуть новые идеи о возможных вариантах решения. Не исключено, что им надо скорректировать свой план воплощения выбранного варианта решения, поскольку оно может быть подходящим, но способ его реализации, выбранный семьей, окажется неэффективным. Напомните членам семьи, что у

серьезной проблемы не может быть простых решений и, что решение проблем – это процесс, требующий непрерывной работы. То, что проблему обсудили раз или два, еще не означает, что она решена. К сложной проблеме необходимо постоянно возвращаться, пробуя разные варианты решения до тех пор, пока она не будет решена.

7. Члены семьи могут не выполняют согласованный ранее план. Напомните членам семьи, что процесс решения проблемы не прекращается написанием плана. Попросите всех членов семьи высказать свое мнение о том, почему план не был реализован, и конкретно определите то, что помешало его воплощению. Проверьте, понимают ли все члены семьи, что им необходимо делать для воплощения плана. Помогите семье предусмотреть возможные трудности и найти способы их преодоления. Например: «Кто будет напоминать Володе о том, что он должен сходить к маме и забрать у нее свое выстиранное белье?»

Эффективность метода

В программе психиатрического просвещения для пациентов, страдающих шизофренией, приняли участие более 80 пациентов. По результатам исследований, после прохождения пациентами курса психообразования у них не только увеличился объем знаний в области психиатрии, начали формироваться навыки совладания с болезнью, понимание необходимости лечения и контактов с врачом, но, что очень важно – появилась мотивация к участию в других модулях программы. В зависимости от социально-психологических дефицитов пациентам были предложены краткосрочные формы психологической помощи (тренинги) или долгосрочная психотерапия.

Результаты проведения тренинга социальных навыков (участвовали более чем 100 пациентов страдающих шизофренией) показали, что на тренинговых занятиях пациенты получали возможность поделиться своими чувствами, мыслями, опытом общения, услышать мнение других людей и их рекомендации. Все это способствовало развитию эмпатии, лучшему пониманию себя и других, а также внимательному, уважительному отношению друг к другу. Разыгрывание ситуаций в форме ролевых игр способствовало рас-

ширению репертуара поведенческих реакций и формированию продуктивных, социально приемлемых форм поведения. К концу занятий члены группы чаще занимали активную позицию в преодолении своих трудностей, становились более самостоятельными и социально компетентными. Кроме того, в ходе тренинга социальных навыков развивалась произвольная регуляция поведения, т.е., участники в большей степени начинали контролировать свои действия, чаще задумывались о последствиях или, наоборот, ретроспективно анализировали свое поведение, пытаясь понять, что стало причиной той или иной реакции окружающих. Можно констатировать факт расширения социальных сетей, восстановления утраченных социальных контактов и формирования новых контактов.

Освоение техники пошагового решения проблем в семьях больных шизофренией (в тренинге приняло участие 15 членов семей и 8 пациентов) способствовало улучшению семейной атмосферы, сплоченности членов семьи, повышению их стрессоустойчивости, развитию навыков конструктивного диалога, освоению и расширению способов решения трудных жизненных ситуаций.

Разработанная модель социально-психологической помощи способствовала улучшению приверженности к лечению больных, страдающих шизофренией, повышению уровня их социальной адаптации и общей удовлетворенности своим существованием.

Приложения

Приложение 1

Упражнение по выбору карточек с ранними признаками рецидива

<i>Мышление и восприятие</i>	<i>Чувства</i>	<i>Поведение</i>
У Вас быстро сменяющиеся мысли	Вы чувствуете свою беспомощность или бесполезность	У Вас нарушен сон
У Вас обостренное сенсорное восприятие	Вы боитесь сойти с ума	Ваша речь беспорядочна и полна странных слов
Вы думаете, что Вы обладаете особыми силами	Вам грустно, или Вы удручены	Вы разговариваете с собой или улыбаетесь сами себе
Вы думаете, что Вы можете читать мысли других людей	Вы испытываете тревогу и беспокойство	Вы ведете себя подозрительно, будто за Вами следят
Вы думаете, что окружающие читают Ваши мысли	Вы испытываете тревогу и беспокойство	Вы ведете себя странно без особой на то причины
Вы получаете личные послания по ТВ или радио	Вы становитесь все более религиозным человеком	Вы проводите время в одиночестве
Вы испытываете трудность в принятии решения	Вы чувствуете, что за Вами наблюдают	Вы не следите за своим внешним видом
Вы думаете, что Вы это не Вы, а кто-то другой	Вы чувствуете себя изолированным	Вы ведете себя так, будто это не Вы, а кто-то другой
Вы видите что-то, чего не видят другие	Вы чувствуете усталость или недостаток энергии	Вы избегаете встреч с другими людьми
Вам кажется, что окружающие говорят о Вас	Вы запутались или попали в тупик	Вы не едите
Вам снятся кошмары	Вы чувствуете, что забывчивы или «витааете в облаках»	Вы не выходите из дома
У Вас трудности с концентрацией	Вы чувствуете, будто Вы в другом мире	Вы ведете себя как ребенок

<i>Мышление и восприятие</i>	<i>Чувства</i>	<i>Поведение</i>
Вы думаете о странных вещах	Вы чувствуете себя сильным и могущественным	Вы отказываетесь выполнять простые просьбы
Вам кажется, что Вашими мыслями управляют	Вы чувствуете, что не справляетесь с повседневными делами	Вы стали больше выпивать
Вы слышите голоса	Вы чувствуете, будто Вас наказывают	Вы стали больше курить
Вам кажется, что часть Вашего тела изменила свою форму	Вы чувствуете, что не можете доверять окружающим	Вы медленно двигаетесь
	Вы раздражены	Вы не можете долго сидеть на месте
	Вам не хочется спать	Вы ведете себя агрессивно
	Вы испытываете вину	

Приложение 2

Лист профилактики рецидивов

Ф.И.О. _____

Дата: _____

<i>Почерк рецидива</i>	<i>Техника реакции на рецидив</i>
<p><i>Ранний этап</i></p> <p>Нарастающее чувство неадекватности</p> <p>Поглощен мыслями о самосовершенствовании</p> <p>Постоянно отслеживает свои недостатки</p> <p>Нарастающая тревога и беспокойное поведение</p>	<p><i>Шаг 1:</i></p> <p>Сохраняйте спокойствие, поддерживайте связь с врачом для обсуждения состояния.</p> <p>Пользуйтесь помощью супруги или мамы.</p> <p>Используйте методы отвлечения</p>
<p><i>Средний этап</i></p> <p>Быстро сменяющиеся и навязчивые мысли</p> <p>Чувства эйфории и одухотворенности</p> <p>Нет желания спать</p> <p>Подозрительность по отношению к близким</p> <p>Отсутствие аппетита</p>	<p><i>Шаг 2:</i></p> <p>Используйте методы отвлечения.</p> <p>Свяжитесь с врачом по поводу возобновления медикаментозного лечения или увеличения дозы лекарства.</p> <p>При необходимости поддерживайте ежедневный контакт с врачом</p>

<i>Почерк рецидива</i>	<i>Техника реакции на рецидив</i>
<i>Поздний этап</i> Ужасающие мысли или голоса Убежденность в том, что это «Бог наказал» или «дьявол одолел» Тяжелая паранойя Тактильные галлюцинации	<i>Шаг 3:</i> Госпитализация или уход за пациентом дома близким родственником

Приложение 3

Анкета участника тренинга социальных навыков

Имя _____ Дата занятия _____

1. Сегодняшнее общение произвело на меня:
большое впечатление 5 4 3 2 1 никакого впечатления
2. Я чувствовал(а) себя:
свободно 5 4 3 2 1 скованно
3. Самое большое влияние на ход занятия, на мой взгляд, оказали (называются какие-либо упражнения, другие моменты работы):
а) _____
б) _____
в) _____
г) _____
4. Лично мне очень мешало:
а) _____ б) _____ в) _____ г) _____
5. На следующем занятии я хотел(а) бы: _____

Приложение 4

Блок №1. Упражнения на знакомство и расставание

Упражнение «Что между нами общего». Цель: упражнение направлено на знакомство, а также развитие внимания. *Инструкция:* группа садится в круг, стоящий в центре круга «ведущий» предлагает поменяться местами всем тем, кто обладает каким-либо общим признаком. Например, «ведущий» говорит: «Пересядьте все те, у кого есть домашнее животное (кто любит часто бывать на при-

роде, кто пил сегодня кофе, кто любит читать книги и т.д.)», и все, у кого есть домашнее животное, должны поменяться местами. При этом тот, кто стоит в центре круга, должен постараться занять место, а тот, кто останется в центре круга без места, продолжит игру в качестве «ведущего» (15 мин.).

Упражнение «Запомни имя». Цель: знакомство, тренировка внимания и памяти. *Инструкция:* участники по очереди называют свое имя и одно, присущее ему качество, начинающееся на ту же букву, что и его имя. Следующий участник повторяет имя и качество предыдущего и называет свое. Таким образом, каждый участник должен назвать имя и качественные характеристики всех предыдущих участников, а затем свое имя и качество (10–15 мин.).

Упражнение «Кулак-ребро-ладонь». Цель: упражнение направлено на развитие групповой сплоченности, уменьшение напряжения и усталости, оно также способствует улучшению внимания. *Инструкция:* по команде ведущего участники группы в одном ритме выполняют движения «кулак-ладонь», постепенно ускоряя темп выполнения упражнения. Затем упражнение предлагается усложнить, выполняя движение «кулак-ребро-ладонь», постепенно ускоряя темп (5–10 мин.).

Блок 2. Развитие навыков вербального общения

Упражнение «Переводчик». Цель: развитие навыка активного слушания, тренировка в точности воспроизведения получаемой вербальной информации. *Инструкция:* участники делятся на пары. Одному из игроков в паре дается задание рассказать о себе в течение 5 мин. Его партнеру – внимательно выслушивать и одновременно мысленно делать краткий, лаконичный и точный пересказ его речи. В процессе разговора, слушающий участник имеет право остановить повествование, после чего передает своими словами только что услышанное. Рассказчик говорит о том, насколько он удовлетворен «переводом», насколько правильно воспринимались и пересказывались его мысли. Обменявшись мнениями, партнеры меняются ролями. Групповое обсуждение. Ведущий может задать группе вопрос: «Как вы себя чувствовали в роли рассказчика и в роли слушающего?», «Когда вы были в роли слушающего, насколько

ко вам удалось сделать краткий и точный пересказ речи своего собеседника?» (25–30 мин.).

Упражнение «Интонация». Цель упражнения: развитие навыка использования различных интонаций. *Инструкция:* выбирается какая-нибудь простая фраза, например: «Какая хорошая сегодня погода». По очереди каждому участнику необходимо один раз произнести данную фразу. При этом следующий участник должен произнести фразу с новой интонацией (вопросительной, восклицательной, безразличной, с удивлением или др.). В процессе произношения участники определяют, с какой именно интонацией была произнесена фраза. Если интонация была трудно определимой, тогда группа совместно находит ей название или описывает эмоциональное состояние (ситуацию), в которой могла быть произнесена данная фраза. По завершению упражнения происходит обсуждение в общем круге о роли интонаций в межличностном взаимодействии (15–20 мин.).

Блок 3. Развитие навыков невербального общения

Упражнение «Телефон». Цель: тренировка в распознавании эмоционального состояния по мимике и жестам. *Инструкция:* группа становится в линейку, друг за другом. Тому, кто стоит первым, ведущий называет определенное чувство, которое тот должен передать без слов другому. Таким образом, названное ведущим чувство передается в полной тишине от одного участника другому через жесты, движения, мимику. После того, как последнему участнику было передано чувство, он должен сказать всем, какое это было чувство. Вопросы к группе: «Какие были трудности в процессе выполнения упражнения?»; «Кто, какое чувство получил по «телефону?». Обсуждение в общем круге: данное упражнение показывает, что далеко не всегда мы способны правильно понять другого человека и услышать его, а это в свою очередь влияет на эффективность и качество общения (15 мин.).

Упражнение «Передай предмет». Цель: научиться отслеживать свои эмоциональные реакции, а также лучше понимать чувства собеседника. *Инструкция:* участники по кругу в полной тишине передают предмет (карандаш, книгу) сначала с отрицательными чувствами (раздражение, безразличие), а затем с положительными

(радость, уважение). Обсуждение в общем круге: «Как вы себя чувствовали, когда передавали или принимали предмет с отрицательным чувством, и как вы себя чувствовали, когда передавали или принимали предмет с положительным чувством?». «Какую роль играют наши чувства в межличностном взаимодействии?» (20 мин.).

Блок 4. Формирование и развитие навыков и установок эффективного общения, развитие межличностного общения

Упражнение «Техника вежливого отказа». Цель: развитие навыков межличностного общения, в частности, умения вежливого отказа. *Инструкция:* ведущий предлагает участникам проиграть ситуацию с приходом рекламного агента, вынуждающего их что-либо купить у него. Участники объединяются в пары, чтобы проиграть вышеописанную ситуацию. При этом задача «агента» всеми способами пытаться продать товар, а задача «клиента» не грубить и отвечать таким образом, чтобы в ответе прозвучало «да» человеку («Вы очень внимательны и добры») и «нет» предложению («Спасибо, но я в этом не заинтересован»). При необходимости клиент применяет принцип «заезженной пластинки». То есть, чтобы ни говорил «агент», «клиент» его выслушивает и с неизменной вежливостью повторяет одну ту же фразу, например: «Спасибо, но меня это не интересует». В процессе обсуждения следует предложить участникам описать их ощущения, а также возникавшие при выполнении упражнения затруднения (30-40 мин.).

Упражнение «Прощение». Цель: развитие навыков межличностного общения, в частности, умения просить прощение. *Инструкция:* участники делятся на пары и получают задание вспомнить человека, которого они когда-либо обидели и у которого они хотели бы попросить прощение. В течение 2–3 минут один из них просит прощение у своего партнера (как, если бы это был «тот» человек), затем они меняются ролями. Обсуждение в группе: «Насколько важно уметь прощать и уметь просить прощение?». Для отработки навыка ведущие могут предложить конкретные бытовые и часто встречающиеся ситуации (взял без разрешения книгу или сигареты, опоздал на встречу, обидел грубым словом и проч.) (30 мин.).

Ролевая игра «Визит в поликлинику». Цель: игра направлена на развитие навыков взаимодействия пациента с медицинским персоналом. *Инструкция:* группа разбивается на пары, сначала один участник – пациент, другой – работник регистратуры, затем роли меняются. Участникам предлагается разыграть ситуацию, в которой пациент просит направить его к врачу, но прием уже закончен. В процессе общения с работником регистратуры ему надо добиться, чтобы его направили к другому специалисту, который работает в данное время и может принять его. После того, как все пары проиграют свои роли, выясняется, какие паттерны поведения в процессе общения были эффективными, а какие нет (40 мин.).