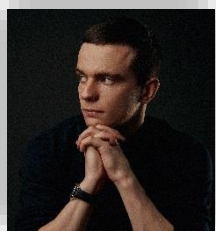


ГРУППОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ

THERAPEUTIC GROUP IN PSYCHIATRIC HOSPITALS AND THE ATTITUDE TO THE PATIENT



Владимир Перебейносков

Vladimir Perebeynosov

Clinical Psychologist, Basic Consultant of PPT

Private practice psychologist (Blagoveshchensk, Russia)

Email: vladimir.amursu@gmail.com

Received 19.04.2021

Accepted for publication 28.06.2021

Published 07.07.2021

Аннотация

Ирвин Ялом называл психотерапевтические группы «социальным микрокосмом» (Ялом, 2007). Группы психологической поддержки и закрытые психотерапевтические группы особенно важны для пациентов психиатрических учреждений. В статье обосновывается ценность групповой работы в психиатрических учреждениях; описываются основные формы группового взаимодействия; разбираются особенности взаимодействия с пациентами в российских психиатрических стационарах. Предлагаемая концепция помощи и работы с пациентами основана на идеях Позитивной и Транскультуральной Психотерапии Носсрата Пезешкиана. Цель этой статьи: актуализировать для специалистов помогающих профессий важность групповых форм работы с пациентами.

Ключевые слова: групповая психотерапия, медицинская психология, психиатрия, социализация, Позитивная Психотерапия

Abstract

Irwin Yalom called psychotherapy groups a "social microcosm" (Yalom, 2007). Psychological support groups and closed psychotherapy groups are particularly important for patients in psychiatric institutions. The article substantiates the value of group work in psychiatric institutions; describes the main forms of group interaction; analyzes the features of interaction with patients in Russian psychiatric hospitals. The proposed concept of patient care and work is based on the ideas of Positive and Transcultural Psychotherapy by Nossrat Peseschkian. The purpose of this article is to update the importance of group forms of work with patients for specialists of helping professions.

Keywords: group psychotherapy, medical psychology, psychiatry, socialization, Positive Psychotherapy.

Вступление

Актуальность данной темы обусловлена растущим интересом общества к психологическим формам работы с пациентами психиатрических учреждений.

Психоневрологические стационары повышают количество рабочих мест для медицинских психологов, а также, увеличивается количество специалистов, проходящих обучение в психотерапевтических методах. На момент написания статьи, в условиях пандемии, в большинстве медицинских учреждений запрещены посещения пациентов; что оставляет людей в ещё большей изоляции без непосредственной поддержки близких людей. Исходя из этого, повышается важность групповой работы с пациентами.

К сожалению, многим медицинским психологам приходится сталкиваться с отсутствием вовлеченности врачей-психиатров, заведующих отделений, среднего и младшего медицинского персонала к глубокому сотрудничеству. По мнению автора, это связано с отсутствием заинтересованности и понимания ценности внутреннего мира пациентов. Зачастую, процесс лечения сводится лишь к купированию имеющейся симптоматики; а отношение к пациентам, местами, антитерапевтично.

Методология

Написание данной статьи основывается на опыте работы в психиатрическом учреждении и изучении опыта европейских стран. В статье «Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы» (Цыганок, 2007) обозревается и анализируется опыт психиатрического движения в странах Европы и США. В статье было проведено подробное изучение предписаний ВОЗ, касающихся психиатрической помощи.

Анализ теоретического и исторического материала до и после реформ, введенных французским врачом Филиппом Пинелем, позволяет проследить важность гуманного и гибкого подхода к лечению пациентов.

Анализ и теоретическая разработка эффективного способа помощи пациентам внутри стационаров были основаны на наблюдении,

собственном опыте работы в психоневрологическом стационаре и взаимодействии со специалистами различного профиля. Большое внимание уделялось идеям Позитивной и Транскультуральной Психотерапии. Труды Ирвина Ялома и его художественное описание процесса психотерапевтической работы, также, внесли большой вклад в написание данной статьи.

Результаты

С точки зрения современных представлений о гуманности и лечении, изначальная цель функционирования психиатрических больниц была неверно поставлена. Первые психиатрические «лечебницы» ставили перед собой стремление «изолировать» пациента; а не «вылечить» или «помочь». Как мы помним, Филипп Пинель, французский психиатр больницы Сальпетриер, в 1795 г. принимает решения снять цепи и оковы с душевнобольных, что уже приводило некоторых пациентов к выздоровлению. Мы не можем констатировать, что к пациентам современных психиатрических больниц проявляют открытое насилие. Однако его пассивные формы, мешающие выздоровлению, в виде стигматизации, ограничению прав и свобод, изоляции, грубости в российской психиатрической практике встречаются повсеместно.

Высокие нагрузки на медицинский персонал, жёсткие протоколы, нехватка кадров усугубляют незаинтересованность медицинского персонала к внутреннему миру пациентов.

Как следствие незаинтересованности, появляется привычка "клеймить". То есть пытаться подогнать состояние человека под определённые рамки, четко и понятно описывающие происходящее с ним. В какой-то мере это помогает врачам и учреждению, поскольку упрощает документацию и фармакотерапию. Однако, не приносит пользы самим пациентам. У врачей встречаются диагнозы, основанные на быстрой диагностике, - что особенно часто наблюдается на врачебных комиссиях (т.н. гипердиагностика). У психологов – это попытка «вставить» человека в определенные шаблоны, якобы описывающие то, как устроен внутренний мир того или иного пациента, например: "истеричный", "эпилептоид", "шизоид", "демонстративный", "нарциссичный" и т.д. Однако, использование данных понятий, с точки зрения

пользы для пациента, практически не имеет смысла без вовлеченности во внутренний мир и интереса к индивидуальности каждой отдельной личности.

По вышеперечисленным причинам, пациенты и их родственники, за последние годы, повышают внимание именно к негосударственным учреждениям психиатрической помощи. По статистике частной психиатрической клиники «Клиника Роса», темп роста обращаемости пациентов с психическими расстройствами в негосударственную психиатрическую службу г. Москвы ежегодно возрастает, увеличиваясь за последние 7 лет в среднем на 20% в год (на 24%, 81%, 28%, 4%, 7%, 20%, соответственно) (Филашкин и Аведисова, 2010).

Неоспоримой является важность повышения уровня образования среди врачей, а также младшего и среднего медицинского персонала. В особенности это касается изучения психологических аспектов психических больных. По мнению автора, очень важна организация помощи медицинскому персоналу в понимании собственного стиля взаимодействия с пациентами; возможности получения своевременной психологической помощи и профилактики эмоционального выгорания.

3.1 Подходы к оказанию психиатрической помощи

Подходы к оказанию психиатрической помощи в разных странах Европы различаются, однако не слишком критично. Все европейские государства следуют предписаниям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Соответственно, можно проследить общие направления развития (Колпакова и Тарасова, 2019).

1. *Деинституционализация.* Подразумевает закрытие государственных психиатрических больниц или уменьшение их стационарных отделений, путем сокращения количества койко-мест и финансирования. Такой подход позволяет частному сектору и неправительственным организациям (НПО) создавать учреждения интернатного типа, где лечение проходит в более домашней обстановке и атмосфере.

2. *Децентрализация оказания психиатрической помощи.* Означает перевод стационарных отделений для душевнобольных из специализированных больниц в общегородские. Эта политика, прежде всего, направлена на включение

психиатрии в общую систему здравоохранения, интеграцию психического здоровья с первичной медицинской помощью, развитие учреждений интернатного типа.

3. *Рост заботы со стороны сообщества (community care).* Этот подход призывает делегировать часть полномочий по оказанию помощи на социальные группы и организации, находящиеся в зоне проживания душевнобольного. К ним могут относиться сообщества пациентов или их родственников, а также НПО.

4. *Увеличение внимания к немедикаментозной терапии.* Психотерапией стали заниматься не только врачи-психиатры, но и другие специалисты. В том числе, немедицинского профиля.

5. *Проведение законодательных реформ для обеспечения гражданских прав пациентов.* То есть формирование правовой основы политики в области психического здоровья. В частности, в задачи входят: регулирование принудительной госпитализации, предоставление адекватных условий лечения, борьба за свободные от дискриминации рабочие места и образование, развитие социальной поддержки, обеспечение права на неприкосновенность частной и семейной жизни.

6. *Дестигматизация.* Психические больные подвергаются сильной стигматизации, что приводит к потере социального статуса, дискриминации, безработице, изоляции, сокращению жизненных возможностей. Для уменьшения негативных последствий, в рамках работы по развитию заботы со стороны сообществ, создаются программы и стратегии по снижению стигмы и изменению стереотипов, ассоциирующихся с психиатрией.

7. *Ориентация на повышение качества жизни пациентов.* Со временем этот принцип стал важной концепцией современной модели медицинской помощи. На первый план, вышли психологическое и физическое благополучие и социальное участие, а не просто уменьшение симптомов или выживание.

8. *Вовлечение членов семьи и близких людей в процесс лечения пациентов.* Важно, что вместе с вовлечением, рядом идет осознание бремени, которое ложится на плечи заботящихся родственников. Им, также, стараются обеспечить поддержку.

В российской практике стремятся следовать Европейскому видению и предписаниям ВОЗ.

Однако данные предписания, зачастую, являются формальными. Изменения, которые внедряются в действующие системы, проходят без должного обучения специалистов. Помимо этого, существует проблема отдаленных регионов, которые тоже должны попадать под влияние изменений, но зачастую, остаются без должного внимания.

«Закон, прежде всего, заботится об уменьшении негативных последствий для государства — имеется в виду сокращение случаев инвалидности и нетрудоспособности, преступности, непригодности к военной службе и т.п.» (Колпакова и Тарасова, 2019) Права пациентов, в основном, учитываются в нормативных документах о стационарном лечении, а вот что же происходит с людьми за пределами и внутри больницы — зачастую противоречит изначальным целям созданных предписаний.

3.2 Ценность групповой работы с пациентами в психиатрических стационарах

Анализируя собственный опыт работы в психоневрологическом стационаре, в данной статье была выведена схема наиболее эффективного взаимодействия членов терапевтического процесса для помощи пациентам. Данная схема основывается на единстве специалистов помогающих профессий между собой, с больным и с его близким окружением.

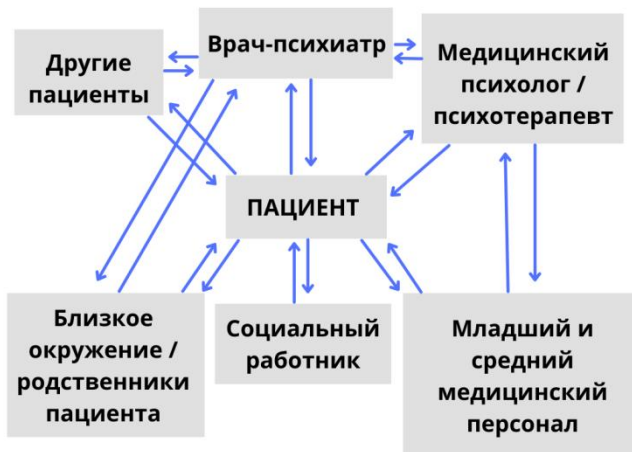


Рис. 1. Эффективное взаимодействие персонала и пациентов в медицинских учреждениях

Как видно из схемы (рис. 1), практически все элементы системы должны взаимодействовать друг

с другом для комплексной и полноценной помощи пациенту. К сожалению, в российских реалиях медицинских учреждений наблюдается отсутствие подобного взаимодействия. Звенья помощи либо разобщены друг с другом, либо медицинский персонал, а особенно врач и психолог, говорят «на разных языках».

Также, как видно из предложенной схемы, достаточно значимым элементом является взаимодействие пациентов между собой. Именно поэтому, одними из самых важных и эффективных форм лечения, являются психотерапевтические группы.

В психиатрических учреждениях, психологу приходится собирать психотерапевтические группы «из того, что есть». Учитывая различный срок нахождения в стационаре, диагнозы, стадии, состояние больного - приходится приспосабливать группу к тем пациентам, которые уже находятся на стационарном лечении.

По наблюдениям автора, нахождение в атмосфере принятия и поддержки — это основной фактор улучшения самочувствия «здесь и сейчас» среди пациентов стационара. Но, к сожалению, приходится сталкиваться с тем, что практически любые эмоциональные проявления пациентов, будь то плач или раздражение, стремление к конфронтации, настойчивость в отстаивании собственных интересов — воспринимаются медицинским персоналом как «ненормальные». Будто непослушание, даже то, которое никак не вредит благополучию самого пациента и людей его окружающих, нужно срочно лечить. Дается посыл: «тебе нельзя проявляться и быть самим собой - ты патологичен». Бывает так, что слова или действия пациентов принимаются медицинским персоналом «на свой счет», что влечет за собой злоупотребление властью. А зачастую, сами действия медицинского персонала провоцируют у пациентов различные эмоциональные и поведенческие реакции.

В качестве выхода из подобного рода трудностей, предлагается организация семинаров и групп психологической подготовки для медицинского персонала по развитию понимания важности гуманного отношения к пациентам и создания атмосферы заботы и принятия внутри стен медицинского учреждения. Такие обучающее и психологические группы, в которых медицинский персонал мог бы понять свой способ

взаимодействия с пациентами, получить информацию и обратную связь; найти и проработать внутри себя причину, которая влияет на способ взаимодействия с пациентами и перестроить собственные формы коммуникации.

3.3 Классификация групп в условиях стационара

Как известно, по составу участников группы могут быть:

- Гомогенные. То есть, собранные по каким-либо признакам (пол, возраст, диагноз, запрос и т.д.)

- Гетерогенные. Группа, в которой встречаются различные вышеперечисленные признаки.

Предлагается выделить две основные используемые формы работы с пациентами психиатрического стационара:

1. *Группы психологической поддержки.* Могут быть использованы для пациентов, чей период нахождения в стационаре менее двух месяцев. То есть тот период, которого недостаточно для развития постепенного близкого и стабильного контакта с другими участниками группы. Данные группы могут создаваться и на более длительный срок, для создания атмосферы групповой поддержки и сопровождения пациентов на весь период лечения.

Самое главное, что формируется в группах психологической поддержки, – это ощущение, что ты не один. На протяжении длительного времени приходилось наблюдать, как между несколькими десятками пациентов, находящихся в одном отделении и общих палатах, не формируется близкий контакт. Пациенты практически не общаются между собой, а при взаимодействии не позволяют говорить открыто о своих переживаниях. Открытое выражение эмоций, медицинским персоналом, чаще всего, расценивается как усиление симптомов.

Группа является отличной возможностью для пациентов приблизиться друг к другу в безопасной и принимающей атмосфере. Практически все пациенты, уже после первой встречи группы, становятся более сплоченными в отделении. К ним будто приходит понимание, что остальные пациенты здесь «такие же, как и я», то есть страдающие люди, попавшие в тяжелое положение. Пациенты начинают коммуницировать друг с другом, помогать в решении проблем в отделении

или советами в обществе. Они начинают выслушивать друг друга и делиться опытом схожих переживаний.

Так как внутриличностные конфликты формируются вследствие нарушения отношений человека с миром, а прежде всего с людьми; то я периодически привношу в процесс поддерживающих групп интервенции о групповой динамике и взаимоотношениях между участниками группы. Это делается для того, чтобы наряду с получением и проявлением поддержки, пациенты имели возможность обращать внимание на способы своего взаимодействия в группе и постепенно перестраивать сложившиеся шаблоны поведения и взаимодействия.

2. *Закрытые динамические группы.* Собрать в условиях стационара полноценную динамическую группу, в которой пациенты были бы мотивированы, могли просить о помощи, были бы критичны к своему состоянию, имели примерно одинаковый срок нахождения в стационаре - очень сложно. Но при удаче собрать такую группу, взаимодействие получается очень и очень продуктивным.

3.4 Факторы эффективности стационарных терапевтических групп

Выделим несколько факторов большой эффективности динамических и поддерживающих групп в условиях стационара:

а) *Уровень критических переживаний.* Согласно постулату позитивной психотерапии о развитии первичных актуальных способностей, они могут развиваться двумя основными способами: через пример или через отчаяние (через прикосновение к пиковым переживаниям). Как правило, пациенты, которые по своим способностям, могут допускаться к участию в динамической группе – это люди, дошедшие до очень острого уровня переживаний (вследствие чего они и попали в психиатрическое учреждение) и при этом способные постепенно к этому прикасаться. Пациенты, например, с психотическими эпизодами или тяжелыми депрессиями проходят через отчаяние. Одновременно с этим участвуют в группе, получая пример людей и отношений, через которые можно более полноценно развивать в себе недостающие способности. Именно это и является очень большим движущим механизмом развития. Есть вероятность,

что в стационарной динамической группе будут задействованы оба способа развития актуальных способностей.

б) Наличие времени. Как известно, для рефлексии и контакта с собой нужно достаточно много временного ресурса. Подразумевается время на обдумывание, проживание, нахождение со своими чувствами и эмоциями, чему потенциально способно научить откровенное групповое взаимодействие.

в) Ощущение, что «Я не один». Пациентка, после своего первого группового занятия по арт-терапии, на индивидуальной сессии сказала, что она и не подозревала что переживают и думают другие пациенты. Хотя, ей всегда хотелось об этом узнать.

г) Купирование продуктивной симптоматики лекарствами. Обеспечение медицинскими препаратами и контроль их приема позволяет человеку, прикасающемуся к тяжелым переживаниям, оставаться в контакте с самим собой. Однако, зачастую, лекарственные препараты мешают разговорной психотерапевтической работе.

Одна из основных причин, по которой специалистам не удается собрать психотерапевтические группы в условиях стационара, является постановка чрезмерного акцента на критериях отбора в группу. Очень интересными выдаются критерии Ирвина Ялома для работы со стационарными больными, описанные в книге «Теория и практика групповой психотерапии» (Ялом, 2007):

1. Способность говорить.
2. Способность удерживать свое внимание на протяжении 80 минут.
3. Признание своей потребности в помощи.

Очевидно, критерии достаточно просты. Отбирая участников для стационарных групп и руководствуясь данными критериями, взаимодействие было действительно продуктивным. Ирвин Ялом не делает акцента на диагнозе. Например, во многих источниках говорят о том, что не нужно брать в группу пациентов с диагнозом «умственная отсталость» (или «расстройство интеллектуального развития» по МКБ-11). В наших группах были случаи, когда пациенты с расстройством интеллектуального развития сами проявляли желание присоединиться к группе и вносили вклад в процесс групповой работы. Однако, с такими пациентами также были и

трудности, которые приводили к острым групповым конфликтам. Поэтому, каждый случай и каждого пациента, с точки зрения его возможности находиться в группе, необходимо рассматривать индивидуально.

Недостаток теплоты, заботы и поддержки со стороны медицинского персонала блокирует способность к Контакт у пациентов, вследствие ощущения недоверия. Группа, здесь, является тем «спасающим» для пациентов местом, в котором есть возможность ощущать, проявлять и развивать Доверие. Также, в группе большой акцент делается на Надежде. Так как учитывая тяжесть состояния больных, Надежда является важным звеном в процессе помощи. Пациентам, находящимся в отчаянии, бывает очень полезно понять причины, которые привели к тому, что происходит в жизни на данный момент. Понимание причин дает возможность сделать выбор. «Нами управляет то, что мы не осознаем». Дает возможность проанализировать и сделать шаг в другом направлении; что добавляет Надежды на изменения в будущем. Также, группа отлично развивает Контакт и Открытость. А как известно, одна из основных причин формирования психопатологии и фактор, сильно усугубляющий состояние – это неспособность пациента к выражению чувств и их блокирование. Принятие, также, является одной из важнейших способностей, развивающихся в отношениях в группе.

Как видно из выделенных выше актуальных способностей, большинство из них – это первичные способности. Акцент сделан именно на них, поскольку наличие психопатологии, в большинстве случаев, предполагает глубокий дефицит в структуре эмоциональных потребностей (например, в принятии). И именно в психотерапевтической группе возможно внести вклад в их развитие.

Карл Роджерс говорил о трех основных принципах взаимодействия между людьми, лежащих в основе лечения (Роджерс, 2001):

1. Безусловное принятие. Которое совпадает со способностями к принятию и терпению в позитивной психотерапии.
2. Конгруэнтность. Что схоже со способностью к открытости и доверию в позитивной психотерапии.
3. Эмпатия. Эмпатия предполагает способность к контакту.

Неоспоримые принципы Карла Роджерса подтверждают важность именно первичных актуальных способностей. Это можно сравнить с фундаментом, на котором строится лечение и адаптация пациента.

Способность к открытости, в условиях стационара, имеет первостепенную важность среди вторичных АС. Если возможно её развивать у пациентов стационара, то вероятно и освобождение множества лежащих внутри переживаний и чувств, которые и привели человека к психопатологии. Однако, очень важно соблюдать баланс вежливости и открытости, в условиях стационарного лечения. Зачастую приходилось наблюдать, как открытое выражение эмоций (например, плача) воспринималось медицинским персоналом как ухудшение состояния человека и ему лишь добавляли дозу лекарств. Поэтому, очень важно помочь человеку найти тот способ и место выражение эмоций, которое будет безопасным для самого пациента и будет давать ему чувство облегчения. Например, в психотерапевтических группах или на индивидуальных психологических сеансах.

Стоит отметить, что через развитие контакта и первичных способностей, у пациентов стационара, происходит развитие способности к Любви. Под развитием способности к любви, в данном случае, я понимаю рост теплого, принимающего и эмпатичного отношения к себе и другим.

Особенность стадий взаимодействия (слияние, дифференциация и отделение), в данном случае заключается в том, что пациентам стационара крайне сложно их отслеживать и понимать степень отношений с другими людьми. Некоторым пациентам сложно войти в стадию слияния, так как она автоматически ассоциируется у них с опасностью. Таким пациентам требуется больше времени. На стадии дифференциации может наблюдаться некоторое сопротивление к отделению; попытки зацепиться за слияние с группой. Что может выражаться в частом возникновении чувства обиды, протеста и даже усиление остроты симптомов. Важно отметить, что в условиях стационарного лечения, где в среднем срок нахождения пациентов не принудительного лечения составляет 2–6 месяцев, нужны группы психологической поддержки, нежели полноценные закрытые группы. В группах поддержки основное

взаимодействие происходит на стадии слияния; однако оно не настолько глубокое, как в закрытых динамических группах. Группа поддержки проводит человека на этапе переживания глубокого психического и эмоционального кризиса.

3.5 Примеры из практики ведения групп в условиях стационара

Предлагается кейс одной из пациенток. Елена (имя изменено). 31 год. Наблюдается с диагнозом «Параноидная шизофрения» (F20.0). Госпитализация, во время прохождения групповой психотерапии, 14-я. На индивидуальных терапевтических встречах, а также на первом групповом занятии, пациентка была отгорожена, а ее высказывания касались сверхценных идей отношения других к Елене. Всю первую группу она просидела отодвинутой от всех, в небольшом углу. На протяжении первых встреч она вела себя схожим образом, что и на индивидуальной психотерапии: говоря о себе и пытаясь показать всю тяжесть своего положения, пациентка практически полностью отгораживалась от возможности получения поддержки, заботы и теплого отношения от других участников группы. Постепенно, у участников группы начала возникать злость и желание исправить восприятие Елены. Некоторые участники открыто выразили свою критику. Постепенно, автор вносил интервенции по поводу ощущения беспомощности, возникающего в группе и вызывающего злость и желание исправить человека. А также о том, что мы периодически сами бываем в настолько тяжелом положении, что отрицаем любую возможность помощи и поддержки со стороны. Группа достаточно быстро ушла от попыток критики Елены. Участники стали больше доверять и делиться собственным опытом. Постепенно, по истечении 5–8 встреч, Елена понемногу стала доверять участникам группы. Да, она всё еще не умела принимать заботу и поддержку, но, даже несмотря на короткий промежуток времени нахождения в группе, она перестала выставлять жесткие стены в ответ на теплую обратную связь. Вместо этого она начинала смеяться и пытаться перевести тему. Но она перестала реагировать враждебностью на желание другим ей помочь.

Столкновение между глубокой потребностью в помощи и поддержке, вместе со стойкой убежденностью в невозможности получить это для себя создает внутриличностный конфликт, в котором актуальные способности к открытости, доверию, принятию, контакту могут быть развиты во взаимодействии в психотерапевтической группе. Постепенно, приводя к возможности сближения с другими и формированию эмоционально значимых отношений.

Другая пациентка настолько полюбила группы поддержки, что ходила в них на протяжении всего срока принудительного лечения (1,5 года). Каждую встречу она ждала с нетерпением, говоря о том, что это единственное, что приносит ей помощь, интерес, чувство общности во время нахождения в стационаре. Она с глубоким интересом анализировала себя, собственное прошлое, слушала опыт других пациентов и делилась собственным.

Был опыт, когда пациенты, устанавливающие близкий доверительный контакт на групповой психотерапии, продолжали поддерживать друг друга вне стен больницы, обмениваясь личными контактами и помогая решать возникающие социальные проблемы.



Рис. 2. Основные актуальные способности, развивающиеся в стационарной групповой психотерапии и группах психологической поддержки

Как видно из схемы (рис. 2), способность и потребность в контакте размещена в центре, как самая значимая и необходимая во время нахождения на стационарном лечении. Именно близкий открытый контакт с другими пациентами и специалистами, способен развить те актуальные способности, которые помогут пациенту повысить его реабилитационный потенциал.

Заключение

1. В российской психиатрической практике необходим кардинальный пересмотр как целей функционирования психиатрических учреждений, так и их условий. Важно, чтобы основной целью была не изоляция пациентов, а помощь им, переход к более гуманному отношению. А условия должны удовлетворять потребности пациента в заботе, в теплом отношении, в надежде и помощи.

2. Психологическая служба психиатрических учреждений, в первую очередь, должна дать человеку возможность выстраивать новый способ отношений с окружающими людьми и самим собой: через индивидуальную и групповую психотерапию пациентов, заинтересованное взаимодействие с врачами и родственниками. Это развивает способности человека к дальнейшей социализации, адаптации и интеграции в общество.

3. Для многих пациентов стационарного лечения, особенно в период пандемии и изоляции, важны групповые формы работы с соблюдением необходимых защитных мер.

Таким образом, ведение групповой работы с пациентами, с точки зрения метода Позитивной и Транскультуральной Психотерапии, позволяет достаточно комплексно и осознанно подойти к руководству группой. В стационарных условиях есть возможность для развития как первичных, так и вторичных актуальных способностей. Позитивная концепция человека позволяет разглядеть в каждом пациенте его ресурсы и способности.

Список использованных источников

- [1] КОЛПАКОВА, С., ТАРАСОВА, А. [KOLPAKOVA, S., TARASOVA, A.] (2019). *От цепей до арт-терапии. Эволюция психиатрической помощи* [From Chains to Art Therapy. The Evolution of Mental Health Care]. Научно-образовательный портал IQ, Международный центр экономики, управления и политики в области здоровья НИУ ВШЭ. URL: <https://iq.hse.ru/news/303803375.h.html> (accessed: 20.03.2021)
- [2] ПЕЗЕШКИАН, Н (2006). *Психосоматика и позитивная психотерапия* [Psychosomatics and positive psychotherapy], М.: Институт позитивной психотерапии.
- [3] ФИЛАШИХИН В., АВЕДИСОВА А. [FILASHIKHIN V., AVEDISOVA A] (2010). Структура обращаемости больных с психическими расстройствами в частную психиатрическую службу [Referral Structure of Patients with Mental Disorders to a Private Psychiatric Service]. *Психиатрия и психофармакотерапия*. №2, pp. 4-8.

- [4] **ЦЫГАНОК, Л. [TSYGANOK, L.]** (2007). Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы [Reform of the psychiatric service. The Experience Of The USA And Europe]. *Независимый психиатрический журнал*, № 3. <http://test.npar.ru/journal/2007/3/reforming.htm> Accessed 27 February 2021
- [5] **ЯЛОМ, И. [YALOM, I.]** (2007). *Теория и практика групповой психотерапии* [Theory and practice of group psychotherapy]. М.: Апрель Пресс.
- [6] **РОДЖЕС, К. [ROGRES, C.]** (2001). Становление личности. Взгляд на психотерапию [Becoming a person. A look at psychotherapy]. М.: Эксмо-Пресс.

Ограничения исследования

Пандемия коронавирусной инфекции существенно затруднила возможность проведения как терапевтических групп, так и групп психологической поддержки. Однако, с другой стороны, пандемия помогла понять важность группового взаимодействия для пациентов. В период обострения инфекции, групповой работы с пациентами не проводилось, в периоды спада заболеваемости, группы были только в некоторых отделениях с очень ограниченным количеством пациентов и применением защитных мер.