

3. Астма-школы как форма образования больных бронхиальной астмой являются высоко эффективным методом лечения и профилактики и способствуют повышению качества жизни пациентов.
4. Астма-школы способствуют социальной адаптации пациентов, укрепляют их психоэмоциональную сферу, повышают их жизнеспособность.
5. Астма-школы способствуют замедлению прогрессирования бронхиальной астмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский А.С., Булкина Л.С. Образование больных бронхиальной астмой // Национальный конгресс по заболеваниям органов дыхания, 4-й. — М., 1994. — № 1258.
2. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Опыт обучения больных бронхиальной астмой в условиях астма-школ г.Москвы // Национальный конгресс по заболеваниям органов дыхания, 5-й. — М., 1995. — № 835.
3. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Обучение больных бронхиальной астмой как метод улучшения результатов лечения // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й. — М., 1996. — № 1123.
4. Булкина Л.С., Белевский А.С. Образовательные программы для больных бронхиальной астмой: мировой опыт // Пульмонология. — 1994. — № 1. — С.89—90.
5. Гаркалов К.А., Сон Ен-Ай, Козлова И.Ю. Влияние астма-школ на течение бронхиальной астмы // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й. — М., 1995. — № 838.
6. Гаркалов К.А. Психосоциальное значение астма-школ // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й. — М., 1996. — № 1125.
7. Зарубин Е.Б. Анализ результатов образовательных занятий с больными бронхиальной астмой // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й. — М., 1995. — № 842.
8. Иванов Н.А. Опыт работы астма-школы в Санкт-Петербурге // Там же. — № 843.
9. Собченко С.А., Коровина О.В. Опыт работы "Школы для больных бронхиальной астмой" // Пульмонология. — 1991. — № 3. — С.14—19.
10. Сухов В.М., Гнездилова Е.В. Самооценка больных астмой как критерий эффективности работы астма-школы // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й. — М., 1996. — № 1147.
11. Совместный доклад Национального института Сердце, Лёгкие, Кровь и ВОЗ. Бронхиальная астма — глобальная стратегия. Эпидемиология // Пульмонология. — 1996. — Приложение. — С.10.
12. Чучалин А.Г. Новые подходы к теории и лечению бронхиальной астмы // Тер. арх. — 1989. — № 3. — С.3—8.
13. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии. // Пульмонология. — 1991. — № 1. — С.6—8.
14. Чучалин А.Г. Современные подходы к лечению бронхиальной астмы // Клин. фармакол. — 1993. — № 1. — С.17—22.
15. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Победим бронхиальную астму. — М., 1996.
16. Bousquet J., Knani J. et al. Quality of Life in asthma. I Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1994. — Vol.149. — P.371—375.
17. Building the Science of QoL // New Lett. Quality Life. — 1995. — № 12. — P.1.
18. Chanez P., Bousquet J., Michel F.B., Godard P. From Genetics to Quality of Life. — Bern: Hogrefe Huber Publ., 1996. — 226 p.
19. Cultural Adaptation of QoL Instruments // News Lett. Quality Life. — 1996. — № 13. — P.5.
20. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer // Evaluation of Chemotherapeutic Agents / Ed. C.M. Macleod. — Columbia: Univ. Press, 1947.
21. Quality of Life // Medical Encyclopedia. — Chicago: The World Book, 1995. — P.744.
22. Ware J., Sherbourne C. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey // Med. Care. — 1992. — № 30. — P.473—483.
23. Varshavsky S. The Linguistic Validation of QoL Questionnaire: First Experience in Russia // News Lett Quality Life. — 1995. — № 12. — P.9.

Поступила 29.01.97.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1997

УДК 616.248-085.851.6

Н.Д.Семенова, М.Малевич, С.Периц

ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (НА МАТЕРИАЛЕ КЛУБА ДЛЯ БОЛЬНЫХ АСТМОЙ). ЧАСТЬ I: ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ГРУППОВАЯ ДИНАМИКА

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Кафедра медицинской психологии
Московского государственного университета им.М.В.Ломоносова

PSYCHOTHERAPY IN A COMPLEX REHABILITATION SYSTEM FOR PATIENTS SUFFERING
FROM BRONCHIAL ASTHMA (USING THE MATERIALS OF THE ASTHMATIC CLUB)
PART I: GROUP PSYCHOTHERAPY AND GROUP DYNAMICS

N.D. Semionova, M. Malevich, S. Perits

Summary

The place of psychotherapy in the rehabilitation system for bronchial asthma patients is described. The article consists of two parts. Part I is focused on the asthma's psychological factors including the description of the Asthmatic Club. Specific group dynamics is given as a three-phase process.

Описывается психотерапия в системе реабилитации больных бронхиальной астмой. Статья состоит из двух частей. Часть I фокусируется на психологических факторах астмы, описывается Клуб для больных астмой, представлена специфическая групповая динамика как процесс, состоящий из трех фаз.

Психологические факторы астмы

Клиническая модель бронхиальной астмы (БА) еще со времен пионерских работ *French и Alexander* [14] представлялась весьма удобной для рассмотрения наиболее типичных характеристик психосоматической патологии. Закономерности, выявленные на данной модели, распространялись и на другие заболевания психосоматического круга.

Многочисленные исследования указывают на существенную роль психологических факторов в этиологии и патогенезе БА [11, 25 и др.]. Весь сложный комплекс психосоматических взаимоотношений при БА, в реальной клинической практике существующий в известном единстве, можно представить в виде следующих компонентов [9]: 1. БА как обобщенный ответ организма на психологически неблагоприятную жизненную ситуацию; 2. Влияние психологических факторов на течение БА; 3. БА как причина психологического неблагополучия. Остановимся кратко на каждом из них.

1. Речь идет о наблюдаемых в клинической практике случаях, когда запускающим заболеванием фактором является острая или хроническая психическая травма, как при наличии "фона" (в виде наследственной предрасположенности, аллергической конституции, хронических инфекций органов дыхания и т.п.), так и при его отсутствии [18,19].

2. Факторы психологического порядка влияют и на уже возникшее заболевание, на функцию дыхания в целом. Определенные эмоции как негативного, так и позитивного спектра могут с достоверностью снижать показатели бронхиальной проходимости и вызывать приступ удушья у астматиков [17]. Одна лишь мысль о забытом дома ингаляторе является для больного мощнейшим стрессовым фактором, запускающим приступ удушья.

Лабильность, изменчивость дыхательного паттерна, характерные реакции дыхания на эмоциональные воздействия — все это привлекает внимание широкого круга исследователей [1]. Изменение функции дыхания является тончайшим индикатором эмоционального состояния человека. "Мы чувствуем так, как мы дышим", — утверждал известный психолог *П.П.Блонский* (цит. по [3], с. 155). В одной из работ классика отечественной психологии *Л.С.Выготского* [3] приводится запись дыхания во время чтения испытуемым прозаических и поэтических отрывков, имеющих разный ритмический строй. "Заставляя нас тратить дыхание скупое, мелкими порциями, задерживать его, автор легко создает общий эмоциональный фон для нашей реакции, фон тоскливо затаенного настроения. Наоборот, заставляя нас как бы выплеснуть разом весь находящийся в легких воздух и энергично вновь пополнить этот запас, поэт создает совершенно иной эмоциональный фон для нашей эстетической реакции" [3].

3. Аффективные нарушения — спутник любого хронического соматического заболевания [5,26]. В данном случае речь идет о патогенных сомато- и психогенных влияниях астмы на психику больного. Клиническая картина болезни, ее особенности и последствия таковы, что БА, сама по себе, является мощным психологическим воздействием. Сильнейшим стрессом является приступ удушья, когда по сути рвется связь с остальным миром. Здесь на первый план выходят разного рода панические и фобические реакции [12], иррациональные страхи, ведущее место среди которых принадлежит так называемой "стероидной фобии", активно исследующейся в работах немецких авторов [10,27].

Чем менее контролируема астма (при прочих равных условиях), тем большую роль в ее патогенезе играют психологические и психосоциальные факторы [20] и тем большую значимость на фоне различных методов лечения приобретают те или иные психотерапевтические мероприятия. Неотъемлемой частью лечения, реабилитации и профилактики рецидивов БА стала психотерапия во всем многообразии ее форм [13,15,16,21]. В последние годы набирает силу и направление, называемое "образование (просвещение) больных БА" [2] — обеспечение больных оптимальной и непротиворечивой информацией о болезни, лекарствах, надлежащем режиме жизни [17,23].

В данной статье мы опишем осуществлявшуюся нами в течение нескольких лет программу психологической помощи больным БА, которая носила комплексный характер и включала психотерапию, образование больных и оздоровительные мероприятия, проводившиеся в рамках Клуба для больных БА (так называемого "Астма-Клуба") [7,8].

Астма-клуб

Широкий спектр мероприятий Астма-Клуба был направлен на предотвращение явлений госпитализма и на преодоление патогенного влияния хронической болезни на психику. Собрания Клуба проходили 1 раз в неделю, длительность встреч в среднем составляла 2 часа. Основной формой клубных встреч являлись так называемые "малые полуоткрытые группы" (или, точнее, "*slow-open groups*"), проводимые клиническим психологом (автором данной статьи) совместно с ко-терапевтом (врачом-пульмонологом, имеющим определенную подготовку в области психологии и психотерапии).

Содружественная работа двух ведущих с различными профессиональными основаниями, комплементарность их личностных и профессиональных свойств — все это являлось благотворным для группы, поскольку способствовало преодолению зазора, существующего

между соматическим и психологическим подходами к лечению астмы. Взаимная терпимость ко-терапевтов к различным профессиональным установкам друг друга имела благоприятные для группы в целом последствия: болезнь для участников выступала одновременно и как "страдание тела" и как "событие жизни и страдание" [5].

В рамках встреч Клуба занятия, проводимые врачом и включавшие образование больных, чередовались с занятиями, проводимыми психологом. Образование больных строилось в соответствии с программой, содержание которой отвечало известным мировым аналогам [22]. Занятие проходило главным образом в форме выступления врача, за которым следовала свободная дискуссия. Для реализации данной программы приглашались дополнительно врачи-пульмонологи и аллергологи. В рамках "образовательного занятия" психолог выступал помощником врача, отвечая за дискуссионный фрагмент занятия, активизируя участников и стимулируя дискуссию; тогда как в остальных случаях в качестве помощника психолога, проводящего занятия по типу психотерапевтической группы, выступал врач.

Существенную часть в работе Клуба составляли и разного рода оздоровительные мероприятия, проводимые вне основного помещения клубных встреч — на стадионе, в местах отдыха Подмосковья. Это позволяло включать в психотерапевтический контекст столь необходимые больным астмой общеукрепляющие процедуры, физические упражнения, дыхательную гимнастику.

Вся клубная деятельность (в своем социально-психологическом аспекте) основывалась на функционировании малой группы, которой так или иначе руководил психолог. Ядром Клуба, объединяющим и интегрирующим в единое целое все три его составляющие (образование, психотерапию и оздоровительные мероприятия), служила групповая ситуация, на основе которой формировался и поддерживался собственно психотерапевтический альянс.

Рассматривая сложное целое Астма-Клуба, мы считаем важным обратиться к такому понятию, как "социокультурные стереотипы отношения к тяжело больным", разработанному в психологии личности соматически больного-хроника В.В. Николаевой [5,6]. Астма-Клуб по своей сути не является ни стационаром, ни "открытым обществом", однако несет в себе определенные черты обоих, имея одновременно и некоторые атрибуты столь знакомого больным стационара (окружение "друзей по несчастью", присутствие врачей, разговоры о болезни, лекарствах и т.п.) и некоторые атрибуты общества. Представляя собой промежуточную ступень от стационара к открытому обществу, Клуб является своего рода "облегченным" шадающим вариантом последнего. Здесь для участников открывается возможность моделирования — как в плоскости социальной (когда группа выступает моделью социума), так и в плоскости болезни (когда представлены различные варианты болезни с различной степенью тяжести, разные типы эмоционального реагирования на критическую ситуацию, обусловленную болезнью).



Рис. Процесс реабилитации больных БА.

Пациенты могли открыто говорить о болезни, не пытаясь ее скрывать, говорить о проблемах, с нею связанных. Пациенты получали реальную поддержку, идущую от самого факта объединения больных БА в Клуб, от чувства принадлежности к группе, "чувства МЫ" и веры в целительный потенциал малого сообщества людей. Пациенты получали также реальную помощь в виде советов и рекомендаций врача.

Таким образом, Астма-Клуб выступал промежуточным звеном единого процесса, обеспечивая переходность и ступенчатость процесса реабилитации (рис.). После прохождения лечения в стационаре больные направлялись в Астма-Клуб, из которого затем уходили в "открытое общество". Несмотря на определенную эффективность деятельности Клуба в плане стабилизации ремиссии (см. приведенные ниже данные), время от времени больные все же вынуждены были лечиться в стационаре. Рецидивы заболевания случались, как правило, при "наложении" друг на друга сразу нескольких "факторов риска" — аллергизации (в связи с сезонным цветением трав, в связи с неблагоприятными экологическими факторами и т.п.), присоединившейся инфекции, а также факторов социально-психологического характера. Это приводило к госпитализации больных. Из общества в Астма-Клуб больных направляла потребность в поддержке и защите, потребность "укрыться", будто в теплом доме.

А: Я вспомнила о ситуации у меня на работе... Ведь бронхиальная астма — это не внешняя болезнь, а болезнь "внутренняя". Я хорошо выгляжу, и никто не подозревает, что я больна. На работе ко мне не очень хорошо относятся, потому что считают меня симулянткой. (Участники выражают эмоциональную поддержку А.)

А: (оживляясь): Я думала, что не смогу сегодня прийти на встречу Клуба: очень устала. Но я пришла — и очень рада, что я здесь!

В: Я могу добавить, что не все люди понимают нас. Наша страна — безграмотная какая-то, что ли. У меня та же самая проблема, (обращается к А.). Я кашляю, а люди думают: "Значит, много курит". Понимаете, это обидно. А если я прихожу на работу после приступа — у меня такой вид, вам не надо объяснять (участники согласно кивают), все сразу делают вывод: "Наверное, всю ночь пил".

Врач (обращаясь к участникам): Раньше я знала вас только с одной стороны. Благодаря Астма-Клубу я узнала гораздо больше. Вы страдаете не столько от удушья, сколько от того, что у вас выпадает какой-то участок жизни...

В данном фрагменте протокола отражена "социальная ситуация болезни" [5] страдающих БА, сходная в таком своем качестве, как дефицитарность. Это было неожиданно четко вербализовано присутствующим на занятии врачом как "выпадение определенного участка жизни". Данный фрагмент иллюстрирует и задействованность утвердившихся в обществе социокультурных стереотипов отношения к тяжело больным. Участники, впервые приходя в Клуб из стационара, все еще находятся в роли хронически больного, еще более упроченной, поскольку (особенно после длительного периода стационарирования, когда сильно влияние "госпитализма") в стационаре больной получает некое дополнительное "подкрепление". Поначалу, как бы отвечая ожиданиям окружающих, такие участники ведут себя так, будто "приговорены" к единственной форме поведения, предписанной больным людям. Это наиболее ярко выступало в фрагментах занятий, когда психолог, знакомясь с новым участником, просил его рассказать о себе. Участники рассказывали о жизни, будто преломленной сквозь призму "истории болезни".

С другой стороны, приходя в Клуб из "открытого общества", участники приносили с собой все обиды и негативные чувства, связанные с патогенным влиянием утвердившихся в обществе социокультурных стереотипов отношения к больным. Применительно к больным астмой эти стереотипы проявлялись несколько неожиданным образом. С одной стороны, утвердившиеся в обществе стереотипы отношения к тяжелым хронически больным предполагают и определенный визуальный образ больного, некоторую "печать" болезни. Между тем больные БА, тяжелым хроническим рецидивирующим заболеванием, характеризующимся периодически повторяющимися приступами удушья, даже находящиеся на инвалидности по своей болезни, в межприступный интервал могут внешне выглядеть вполне здоровыми людьми. Астма в большинстве случаев не накладывает ощутимого отпечатка на внешний облик больного (исключением являются тяжелые гормонозависимые формы болезни). Больные БА, живущие в "открытом обществе" и остро нуждающиеся в особом ограничительном режиме жизни, оказываются в ситуации неприятия их обществом в роли хронически больных и расценивающим их поведение как "симуляцию". Интуитивно улавливая общее негативное и отвергающее отношение общества к тяжело больным, больные астмой, зная о неблагоприятном в ряде случаев прогнозе своего заболевания, стараются скрыть свою болезнь от окружающих.

Участие в Клубе дает больным возможность осознать влияние такого рода стереотипов на повседневную жизнедеятельность, получить социальную поддержку от других участников. Все это в определенной степени способствует изменению внутренней позиции участника, делающему не столь патогенным влияние социокультурных стереотипов.

Групповая динамика

Развитие группового процесса во времени показало три традиционных отчетливо выявляемых фазы (фаза ориентации, фаза конфликтов и фаза консолидации). Опишем каждую из них, привлекая выдержки из протоколов занятий Клуба.

1. Фаза ориентации. Основным содержанием встреч были образовательные занятия, проводимые врачом, помощником которого выступал психолог. Усилия психолога направлялись на формирование намерения у пациентов, движимых потребностью в общении с "друзьями по несчастью", участвовать в работе Клуба. Притягательности клубных встреч способствовала и приятная обстановка, окружавшая больных, — теплое, просторное, хорошо проветренное помещение, хорошее освещение, музыкальные эффекты. Для создания атмосферы безопасности в группе использовались специальные психотерапевтические техники, облегчающие вступление в контакт, снижающие тревогу и обеспечивающие эмоциональную поддержку. Например, передать воображаемый "ингалятор" человеку, случайно "забывшему" его дома (данный прием использовался и как своего рода "социальное подкрепление" в дискуссионной части образовательного занятия). Начальные занятия группы требовали и некоторой дополнительной мотивации, обеспечить которую позволяли телесно-ориентированные приемы, создавшие "структуру, ясность и хорошую рутину", о важности которой на первых этапах групповой работы упоминал Yalom [28].

От занятия к занятию тактика проведения образовательного занятия претерпевала изменения. Вначале лекционная часть заметно превалировала над дискуссионной, избегались длительные паузы и периоды молчания. Постепенно время, отведенное на дискуссию, увеличивалось, а сама дискуссия становилась богаче и продуктивнее. С этим связана и динамика ожиданий участников Клуба. Ожидания, с которыми участники приходили на первые занятия, основывались на их прошлом опыте, опыте частых и длительных госпитализаций. Астма-Клуб воспринимался поначалу как разновидность "лечения" астмы, а фигура врача выступала как сверхзначимая. Лекционные формы первых занятий, не требовавшие от участников иной активности, нежели быть просто "реципиентами" получаемых от врачей знаний, вполне отвечали их ожиданиям, актуализируя упроченные стереотипы отношения "врач—больной" и снижая уровень тревоги первых встреч. Внутригрупповое взаимодействие проявлялось, как правило, множественным повторением связей "врач (реже психолог) — участник группы".

Постепенно нереалистические ожидания уходили, повышался уровень активности участников, предлагавших свои варианты планирования занятий. Тема очередного образовательного занятия уже не привносилась извне, могла рождаться в ходе текущего занятия. Роль врача (авторитет которого для больных был несоизмеримо выше авторитета психолога) по-прежнему оставалась ведущей. Психолог же выступал посредником между врачом и больным, адресуя без-

личное, даваемое врачом знание каждому конкретному участнику. Скрытое лидерство психолога проявлялось постепенно и выражалось в следующем. «Встраиваясь» в контекст традиционных для клинического учреждения «доктор-пациент» взаимоотношений, психолог привносил в этот контекст элементы нового содержания — дух гуманистических партнерских отношений. Психотехнически это осуществлялось введением техник диалогического общения, эмпатического слушания [24].

2. Фаза конфликтов характеризовалась открытой агрессивностью и конфликтностью участников, конфронтацией с ведущими. Последняя поначалу принимала завуалированные формы и выражалась в виде идеализации одного из ведущих и обесценивания другого, либо в виде противопоставления врача ведущего врачу лечащему. Отмеченные печатью агрессии высказывания участников адресовались вовне, неким внешним объектам. В качестве таковых в одних случаях выступали «те, кто не болеет астмой», в других — «хамство людей», «отвратительная медицина», в третьих — кто-либо из популярных в настоящий момент политических деятелей. Высказывания больных можно было квалифицировать как обвинения, морализации, поиски «козла отпущения».

Предметом неслучайно возникшей дискуссии было следующее: «хамство» и как ему противостоять.

- А: Я слышала, что у японцев есть хороший прием, когда один раз в месяц они могут избить чучело своего начальника...
- В (перебивает раздраженно): Это информация 30-летней давности.
- А (недоуменно): Нет, почему же!
- В (еще более раздражаясь): Нет, это было раньше.
- А (повышая голос): Почему вы настаиваете на своем?!
- В (резко): Потому, что я лучше знаю!
- (Начинают ссориться)
- С (примирительно): А какая разница! Мы же не будем бить своих начальников (взгляд в сторону ведущих)...

Если на первом этапе работы Клуба (фаза ориентации) роль лидера безоговорочно отдавалась ведущему, а поведение участников характеризовалось пассивной зависимостью и несформированностью «чувства МЫ», то индикатором вступления группы во вторую фазу служило появление в среде больных лидера, как бы воплощающего в себе «чувство МЫ» больных астмой и активно противостоящего ведущим.

- Врач: Я никогда не пойму человека, которого привозят в «острое» отделение из-за того, что он 20—25 раз пользовался ингалятором, хотя прекрасно знает, что норма — это 5—6 раз в сутки.
- А: А мы его очень хорошо понимаем. Мы — люди опытные. Знаем, как рука сама тянется к ингалятору...
- Врач: Я все-таки такого человека не понимаю. Ведь он знает, что сам себе навредит.
- В: Не понимаете, потому что сами не болеете!
- А (вторя): Только тот, кто болеет, может понять другого астматика, который, когда ему плохо, не думает о каких-то там нормах — 5—6 раз.
- С (присоединяясь): Да, рука сама идет в сторону ингалятора...

В этом «чувстве МЫ» на данном этапе развития группы отчетливо проявлялись две противоборствующие тенденции. С одной стороны, ростки «здоровой групповой культуры», с другой — некоторые регрессивные тенденции.

Одним из направлений психотерапии, как мы уже говорили, была направленная дестабилизация устойчивого стереотипа «хронически больного». В результате чего «зашумленность» опытом болезни подлинных обстоятельств и содержаний жизни постепенно снижалась. Участникам становилось легче провести демаркационную линию между тем, в чем они властны в плане преодоления болезни, за что могут отвечать (например, соблюдать определенный режим жизни, делать специальную гимнастику и т.п.) и в пределах чего они могут стать субъектами деятельности, и тем, в чем они не властны, что они не в силах контролировать и что они должны принять как данность сегодняшнего момента (например, нерегулярные поставки и дороговизну лекарств и т.п.). Многие частично осознаваемые (в том числе и рентные) установки все более осознавались и ставили больного перед реальностью выбора: идти ли по этому вдруг открывшемуся весьма трудному пути преодоления болезни, взяв на себя ощутимую долю ответственности, либо, еще более укрепившись в позиции больного-хроника, переложить всю ответственность за свое состояние на «государство», «медицину», «врачей» и пр. Первая возможность отражает содержащиеся тенденции к росту начала «здоровой групповой культуры», о которых мы говорили выше; вторая же отражает регрессивные тенденции, защитно стабилизирующие больного в его нынешнем положении. Эти противоборствующие тенденции, усиливая состояние дискомфорта участников (часть которых предпочла оставить занятия в Клубе), также вносили свой вклад в содержание данной фазы развития группы. Негативные (регрессивные) тенденции, содержащиеся в «чувстве МЫ» больных астмой, включали противопоставление и выделение себя не только из мира здоровых людей, но и больных другими заболеваниями, расценивающимися участниками группы не столь «тяжелыми» и «серьезными». В этом своем качестве «чувство МЫ» больных астмой может содержать опасность ипохондрической контаминации, идущей со стороны больных, отягощенных большим опытом госпитализма и эстетизирующих этот опыт, даже бравирующих им.

Психолог, встраиваясь в контекст традиционных «доктор — пациент» отношений, постепенно подходил к полюсу «пациент» этих отношений и пытался действовать теперь уже в зоне «чувства МЫ» участников. Используя это «чувство МЫ», изнутри встраиваясь в полифонию этого чувства, психолог старался подкрепить позитивную тенденцию к росту, обеспечивая больным всяческую поддержку, и в то же время затормозить развитие негативной тенденции, разрушить патологически зафиксированные стереотипы поведения, которые так или иначе поддерживают болезнь.

Результатом такого рода усилий и является создание стойкой «здоровой культуры группы», некоей «терапевтической Среды», попадая в которую новый участник Астма-Клуба оказывался включенным в «силовое поле направленности» [4, с.7], действующее путем косвенного поощрения (через положительную обратную связь), укрепляющее продуктивные, сильные стороны личности.

3. Фаза консолидации. Данная фаза развития группы характеризуется преодолением негативных моментов предыдущих фаз. Снижается напряжение внутри группы, укрепляются связи. Повышается общая активность участников, их способность к совместной работе. Отбрасываются как нереалистические прежние ожидания. Становится более реалистичной установка участников по отношению к лекарственному лечению астмы. Группа, наконец, обретает истинное "чувство МЫ", когда лидер (выражающий "чувство МЫ" больных астмой) уже не противостоит ведущим, а становится их союзником.

А: У меня уже нет чувства безнадежности. Когда я вижу в палате "новеньких", которые плачут: "Я заболел астмой — это конец!", мне хочется им как-то помочь (оглядываясь на всех). У нас этого уже нет. Мы — учимся жить.

Таким образом, групповая динамика Астма-Клуба в целом совпадает с описанными в литературе фазами группового процесса, но имеет ряд специфических черт, связанных с открытым характером группы, условиями Клуба, характером совместного (психолог и врач) ведения группы, а также нозологической спецификой данной группы больных.

Эффективность психотерапии, проводимой в рамках Астма-Клуба, оценивалась с помощью медицинских и психологических показателей. В первом случае оценка осуществлялась врачами, наблюдавшими больных, и включала следующее: степень тяжести заболевания, основанную на количестве принимаемых больным лекарств, необходимых для контроля симптомов заболевания, частоте и тяжести приступов болезни; оценку функции легких и т.п. По медицинским показателям результаты выглядели следующим образом: значительное улучшение — 30%, улучшение — 35%, без улучшения, ухудшение — 35%. Результаты отдаленного катамнеза (спустя 3 года) подтвердили данные в пользу устойчивого характера ремиссии.

За существенный вклад в работу Астма-Клуба автор выражает особую признательность следующим докторам: Чеглаковой Татьяне Анатольевне, Княжеской Надежде Павловне (НИИ пульмонологии МЗ РФ, Городская клиническая больница № 57), Денисовой Тамаре Васильевне и Пешковой Ольге Александровне (Реабилитационно-восстановительный центр "Этон"), Волковой Наталье Евгеньевне (Городская поликлиника № 23).

ЛИТЕРАТУРА

- Бреслав И.С. Особенности регуляции дыхания человека // Физиология дыхания / Под ред. И.С.Бреслав, Г.Г. Исаева. — СПб.: Наука, 1994. — С.473—524.
- Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь и Всемирной организации здравоохранения // Пульмонология. — 1996. — Приложение.
- Выготский Л.С. Психология искусства / Под ред. М.Г.Ярошевского. — М.: Педагогика, 1987. — С.155.
- Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6-ти т. — М.: Педагогика, 1984. — Т.4. — С.7.
- Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1992.
- Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. — М.: МГУ, 1987.
- Семенова Н.Д. Групповая психотерапия в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. — М., 1988.
- Семенова Н.Д. Психотерапия в системе реабилитации больных бронхиальной астмой // Тер. арх. — 1989. — № 12. — С.67—70.
- Asthmatherapie. Verhangnisvolle angst vor Inhalativem Kortison. (Asthma therapy: Fateful fear for inhalational cortisone) // Therapiewoche. — 1992. — Bd 42, № 39. — S.2279.
- Bosley C.M., Fosbury J.A., Cochrane G.M. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma // Eur. Respir. J. — 1995. — Vol.8, № 6. — P.899—904.
- Carr R.E., Lehrer P.M., Hochron S.M. Panic symptoms in asthma and panic disorder: A preliminary test of the dyspnea-fear theory // Behav. Res. Ther. — 1992. — Vol.30, № 3. — P.251—261.
- Deter H.-C. Psychosomatische Behandlung des Asthma bronchiale. — Heidelberg: Springer, 1986.
- French T.M., Alexander F. Psychogenic factors in bronchial asthma // Psychosom. Med. Monogr. — 1941. — Vol.4. — P.1—92.
- Groen J.J., Pelser H. Experiences with and results of group psychotherapy in patients with bronchial asthma // J. Psychosom. Res. — 1960. — Vol.1960. — P.191—205.
- Krueger A. Psychosomatischer Konflikt und integrative Gruppenpsychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen (speziell bei Asthma bronchiale) // Klinische Psychologentag im Spiegel ihrer Praxis. 1. Deutscher Psychologentag / Hrsg. F.Baumgaertel, F.W.Wilker. — Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, 1993. — S.85—94.
- Lehrer P.M., Isenberg S., Hochron S.M. Asthma and emotion: A review // J. Asthma. — 1993. — Vol. 30, № 1. — P.5—21.
- Levitan H. Onset of asthma during intense mourning // Psychosomatics. — 1985. — Vol.26. — P.939—941.
- McDougall J. Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness. — London: Free Assoc. Books, 1989.
- Meijer A.M., Griffioen R.W., van Nierop J.C., Oppenheimer L. Intractable or uncontrolled asthma: psychosocial factors // J. Asthma. — 1995. — Vol 32, № 4. — P.265—274.
- Nagata S., Kihara H., Nitta Y., Ago Y. The development of the psychosomatic treatment of bronchial asthma according to the onset mechanism and its pathophysiology // Jap. J. Psychosom. Med. — 1995. — Vol.35, № 1. — P.17—24.
- National Asthma Education Program. Executive Summary: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. — Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute of the National Institutes of Health, 1991.
- Ono Y., Kondo T., Hirokawa Y., Moue Y., Kamio H., Ohta Y. Efficacy and assessment of patient education as related to morbidity from asthma // Jap. J. Thorac. Dis. — 1995. — Vol.33, № 3. — P.293—299.
- Rogers C.R. Client-Centered Therapy. — Boston: Houghton, 1951.
- Steptoe A. Psychological aspects of bronchial asthma // Contributions to Medical Psychology / Ed. S. Rachman. — Elmsford, NY: Pergamon Press, 1984. — Vol.3. — P.7—32.
- Weintraub P., Wamboldt M.Z. Pediatric asthma and comorbid psychopathology: Is it due to nature and nurture? // Curr. Opin. Psychiatr. — 1995. — Vol.4, № 4. — P.222—226.
- Woeller W., Kruse J., Reister G., Winter P., Richter B., Arnolds S., Kraut D. Kortisonbild und emotionale Unterstützung durch Schlusselfiguren bei Patienten mit Asthma bronchiale // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. — 1993. — Bd 43. — S.171—177.
- Yalom I. Inpatient Group Psychotherapy. — New York: Basic Books, 1983.

Поступила 22.01.97.